

## 302. ANÁLISIS DEL GRADO DE CONTROL INTEGRAL DE LOS FACTORES DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS DIABÉTICOS TIPO 2

Mercedes Bernad Vallés, María Auxiliadora Velasco Marcos<sup>a</sup>, Ana Isabel Funcia Barrueco<sup>a</sup>, María Luz Asensio Calle<sup>a</sup>, Ramón Rodríguez Borrego<sup>a</sup> y José Ángel Maderuelo Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS. Miguel Armijo Moreno. <sup>b</sup>Gerencia Atención Primaria. Salamanca.

**Objetivos.** Conocer las características y el grado de control integral de los diabéticos tipo 2. Analizar la relación entre los diferentes factores de riesgo cardiovascular (tensión arterial, lípidos y tabaco) y el buen control de la diabetes.

**Metodología.** Estudio transversal, en un centro de salud urbano, se analizan 460 pacientes, diabéticos tipo 2, con registro informático en el último año. Se analizan las características epidemiológicas, el índice de masa corporal (IMC) y los parámetros de las recomendaciones de la GedapS 2004. Se realiza análisis estadístico con SPSS.

**Resultados.** El 56,5% son mujeres y el 43,5% varones. La edad media 72 años. Tienen normopeso el 19,3%, sobrepeso el 40,3% y obesidad el 40,4% (grado I: 29%, grado II: 7,7%, grado III: 3,7%). Cumplen criterios de buen control de GedapS: HbA<sub>1c</sub> < 7: 76,5%, colesterol total < 200: 54,1%, LDL < 100: 35,4%, HDL > 40: 84,8%, Triglicéridos < 150: 70,5%, TAS (tensión arterial sistólica) < 130: 42,8%, TAD (diastólica) < 80: 70,4%. No fuman 92,5%. El control de la HbA<sub>1c</sub> se asocia con buen control de TAS (p = 0,049) y triglicéridos (p = 0,005) con la prueba t de Student.

**Conclusiones.** Hay que mejorar el control de los factores de riesgo cardiovascular de los diabéticos tipo 2, especialmente de TAS y LDL colesterol. Debemos profundizar en el análisis de los diferentes factores de riesgo cardiovascular y en el significado que puedan tener los hallazgos de significación estadística entre el control de la HbA<sub>1c</sub>, la TAS y los triglicéridos.

**Palabras clave:** diabetes tipo 2, control integral, riesgo cardiovascular.

## 311. HIPERTENSIÓN ARTERIAL E ICTUS

Ana M.<sup>a</sup> Blanco Rodríguez<sup>a</sup>, Nieves Mula Rey<sup>b</sup>, Ana María Fernández López<sup>c</sup>, Margarita López Rojas<sup>c</sup> y Mercedes Fradua<sup>d</sup>

<sup>a</sup>EAP Pavones. <sup>b</sup>EAP Hermanos Sangro. <sup>c</sup>EAP Cerro Almodóvar. <sup>d</sup>EAP Federica Montseny.

**Introducción.** El ictus constituye la patología cerebrovascular con mayor morbimortalidad y cuyo principal factor de riesgo es la hipertensión arterial. El control de la tensión arterial ha disminuido su incidencia. Parece ser que todos los fármacos antihipertensivos no juegan el mismo papel en el control de dicha patología.

**Objetivo.** Evaluar la incidencia de ictus según el tratamiento farmacológico y la patología asociada.

**Material y métodos.** Se realiza un muestreo aleatorio simple de los pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria y se determina el control hipertensivo, así como la morbilidad asociada, según los criterios del JNC-VII. Las variables del estudio son: edad, sexo, profesional, años de evolución, TA sistólica (TAS), TA diastólica (TAD), fármacos antihipertensivos (diuréticos, alfa-bloqueantes, beta-bloqueantes, antagonistas del calcio, IECAs y ARA-II), cumplimiento terapéutico, tabaquismo. Patología asociada (diabetes, dislipemia, obesidad, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía, nefropatía, retinopatía, arteriopatía). El cumplimiento se determina mediante entrevista clínica (pruebas de Morinsky-Green).

**Resultados.** La población estudiada han sido 190 pacientes (39% varones y 61% mujeres). El 92,6% de los mismos eran cumplidores, un 82% TAS < 140 mmHg y 90% TAD < 90 mm Hg. Sólo el 15,3% eran fumadores. Los fármacos empleados presentaban la siguiente distribución: 51% diuréticos, 35% IECAs, 23% ARA-II, 18% antagonistas Calcio, 13% Beta-bloqueantes y 5% alfa-bloqueantes. La patología más frecuentemente asociada fue la dislipemia (51%) y la obesidad (41%), presentando el 11% enfermedad cerebrovascular en el momento actual. Se realiza un Chi cuadrado para varios factores y ANOVA. El 46,7% de los pacientes hipertensos y diabéticos no controlan su TA (p = 0,19). Los trastornos clínicos asociados: Cardiopatía (Car) (32,3% HTA + DB + DL), Nefropatía (Nef) (21,4% DB) Retinopatía (Ret) (35,7% DB), Arteriopatía (Art) (13,9% de los hipertensos no tratados), Enfermedad cerebrovascular (ECV) (29% HTA + DB + DL). Los pacientes diabéticos con mal control PA presentan más riesgo de ECV (p = 0,017), Car (p = 0,039), Nef (p = 0,013), Ret (p = 0,045). No se observan diferencias con los otros factores estudiados.

**Conclusiones.** Los pacientes de peor control tensional son los pacientes diabéticos y este mal control conlleva mayores trastornos clínicos asociados (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía, neuropatía y retinopatía). En nuestro estudio no hemos observado diferencias en el ictus según los fármacos empleados y la única asociación estadísticamente significativa es que independientemente del fármaco empleado el mal control tensional en el paciente diabético conlleva mayor riesgo cerebrovascular.

**Palabras clave:** HTA, ictus.

## 313. DESGASTE PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. SU EXISTENCIA Y GRADOS

Rosa Gloria Suárez López de Vergara<sup>a</sup>, José María Dorta Delgado<sup>b</sup> y Víctor García Nieto<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud de Finca España. Tenerife. <sup>b</sup>Centro de Salud De Laguna-Mercedes. Tenerife. <sup>c</sup>Hosp. Univer. Ntra. Sra. de la Candelaria. Tenerife.

**Objetivo.** Determinar desgaste profesional en médicos de Atención Primaria (AP).

**Material y método.** Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) a 102 médicos de AP. Medir frecuencia e intensidad de Burnout. Consta de 22 ítems, con tres subclases: agotamiento

emocional (AE) 9 ítems, Despersonalización (DP) 5 ítems, y Realización Personal (RP) 8 ítems. Criterios de validez y sistema de puntuación tipo Likert (7 niveles). La puntuación del AE y DP es directamente proporcional a la intensidad del síndrome y la de RP inversamente proporcional al grado de Burnout.

**Resultados.** Contestaron 67 médicos (66%). Hombres 31% y Mujeres 69%. La edad fue: Grupo 1: 25-40 a: 39%, Grupo 2: 41-45 a: 19% y Grupo 3: 46-65 a: 42%. El 55% presentaban un Nivel Alto (NA) de AE, 24% Nivel Medio (NM) y el 21% Nivel Bajo (NB). En relación a la DP el 30% NA, 21% NM y el 49% NB. La RP existe un 25% NA, un 27% NM y 48% NB. El 60% hombres (H), 54,5% mujeres (M) tiene NA de AE. El 35% H y 27% M un NA de DP. El 40% H y 43,2% M presentan NB de RP. En relación con edad. Grupo 1: 44% tiene NA de AE, el Grupo 2: 66% NA de AE, y el Grupo 3: 62,9% NA de AE. En relación a la DP se encuentran porcentajes similares entre los grupos: 32-33-26% respectivamente, y en la escala de RP los porcentajes son: 40-16-55% respectivamente.

**Conclusión.** 1) Existe Nivel Alto de Agotamiento Emocional. 2) Existe Nivel Bajo de Realización Personal. 3) No se debe minimizar el problema. Los profesionales progresan hacia el Burnout.

**Palabras clave:** Burnout, agotamiento emocional, despersonalización.

### 320. CALIDAD DE ANTICOAGULACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Miguel García León, Francisco Manzano Gómez, Juan Luis Hinojosa Gallardo, Irene Brioso Seisdedos, M.<sup>a</sup> Ángeles Arteaga Mena y Manuela Barroso Carrasco

Centro de Salud Huelva-Centro.

**Introducción.** Cada día es mayor el número de centros de Atención Primaria que asumen el seguimiento de los enfermos anticoagulados. Esto hace que se gane en calidad y por tanto en satisfacción. No obstante esta terapia presenta estrechos márgenes terapéuticos que puede conllevar, en caso de mal control, la aparición de complicaciones trombohemorrágicas.

**Objetivos.** Conocer el grado de control y calidad en los enfermos anticoagulados en nuestro centro. Conocer la variabilidad de control entre los médicos participantes.

**Pacientes y métodos.** Se analizaron todas las visitas realizadas por los enfermos anticoagulados de nuestro centro (Huelva-Centro) así como el nivel de control. El seguimiento se hizo durante el período marzo/05-febrero/06. El parámetro para la medición fue el cociente normalizado internacional (INR) con rango 2-3. También se analizó la variabilidad por meses y por médicos.

**Resultados.** Se controlaron 361 enfermos con un total de 2.745 visitas. Dentro de rango se encontraba el 62,02% de los controles, siendo la media del INR 2,43 ± 0,70. El grado de control por meses siguió una línea prácticamente plana en el porcentaje referido. Por médicos (20) existió gran dispersión con picos entre 47% y 81%.

**Conclusiones.** Aunque no llegamos a alcanzar el 70% de controles en rango (cifra aceptada por las sociedades científicas) si obtenemos resultados similares a otros estudios consultados. Hay gran variabilidad entre médicos hecho que debe ser motivo de estudio posterior. Pese a todo ello pensamos que en AP estamos capacitados para el control y seguimiento de estos enfermos.

**Palabras clave:** anticoagulación, calidad.

### 329. OPTIMIZANDO EL CONTROL TENSIONAL Y MEJORANDO LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Luis García-Giralda Ruiz, Juan Vicente Alfaro González<sup>a</sup>, Lorenzo Guirao Sánchez<sup>b</sup>, Isabel Casas Aranda<sup>c</sup>, Verónica Capel Luna<sup>b</sup> y Lorenzo Guirao Egea<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Murcia-Centro. <sup>b</sup>Centro de Salud de Alguazas. <sup>c</sup>Consultorio Simón García.

<sup>d</sup>Facultad de Medicina de Murcia.

**Objetivo.** Analizar el grado de control de tensión arterial y la adherencia terapéutica con la técnica de auto-medición ambulatoria de la presión arterial.

**Material y método.** Estudio multicéntrico, con análisis del patrón circadiano tensional a través de Monitorización Ambulatoria de la presión arterial de 24 horas, con dispositivo validado SpaceLabs 90207, y seguimiento del control tensional durante 6 meses con Auto-Medición de la Presión Arterial.

**Resultados.** La tensión arterial de 96 pacientes al inicio del estudio era de 152/96 (IC 95%: 146-160/86-102), mientras que la media de AMPA al inicio fue 143/84 (IC 95%: 136-148/76-89). La tensión arterial media a los seis meses de seguimiento ha sido de 133/78, variando significativamente respecto a la inicial (d 9,4/5,6, p < 0,001), incrementándose un 64,86% los pacientes que cumplen los criterios de control para AMPA (135/85), con una adherencia del 90,63%.

**Conclusiones.** La técnica AMPA permite optimizar el tiempo y las actividades en los centros de salud, responsabiliza al paciente en su autocuidado y permite detectar cambios tensionales que de otra forma pasarían inadvertidos.

**Palabras clave:** control tensional, automedición de la presión arterial, adherencia terapéutica.

### 341. LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN GALICIA. ESTUDIO GALICAP

Enrique Nieto Pol<sup>a</sup>, Andrés Anca Coya<sup>a</sup>, Sergio Cinza Sanjurjo<sup>a</sup>, Lilian Grigorian-Shamagian<sup>b</sup>, Fernando Otero-Raviña<sup>b</sup> y José Ramón González-Juanatey<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Atención Primaria Concepción Arenal.

<sup>b</sup>Santiago de Compostela. <sup>b</sup>Hospital Clínico Universitario de Santiago.

**Introducción.** La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) representa uno de los más importantes problemas de salud en los países occidentales. El objetivo es conocer las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con ICC atendidos por médicos de Atención Primaria en Galicia.

**Metodología.** Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico, en el que participaron, de forma randomizada, 149 médicos de Atención Primaria de toda la Comunidad Autónoma de Galicia, registrando, mediante cuestionario uniformado, las características demográfico-antropométricas, clínicas y terapéuticas de 1.195 pacientes con diagnóstico hospitalario de ICC.

**Resultados.** La edad media de los pacientes (48% varones) fue 75,8 ± 10,4 años, significativamente mayor en las mujeres (78,2 frente a 73,2 años, p < 0,001). Presentaban antecedentes de hipertensión arterial (75%, 80% en mujeres y 67% en varones, p < 0,001), dislipemia (46%), diabetes mellitus (32%), fibrilación auricular (46%), valvulopatía (35%) y cardiopatía isquémica (31%). Los valores medios de presión arterial sistólica y diastólica fueron, respectivamente, 131,4 ± 17,6 y 75,5 ± 10,8 mmHg, estando controlada (= 130/70) únicamente en el 46% de los pacientes. El 67% tienen estudio ecocardiográfico y, entre éstos, el 61% tienen la función sistólica preservada (fracción de eyección = 50%). Al 48% de los pacientes con cardiopatía isquémica se les realizó coronariografía, siendo este por-

centaje el doble en los hombres que en las mujeres (62% frente al 31%,  $p < 0,001$ ). Los diuréticos fueron las drogas más prescritas (65% diuréticos de asa y 22% tiazidas); el 49% de los pacientes tomaban IECAS, el 29%, ARA II, el 27%, betabloqueantes y el 38%, digoxina. En los pacientes con función sistólica deprimida había una mayor prescripción de betabloqueantes (44% frente al 25%,  $p < 0,001$ ), IECAS (58% frente al 48%,  $p < 0,01$ ) y digoxina (42% frente al 34%,  $p < 0,05$ ). Durante el último año, el 55% de los pacientes tuvieron algún ingreso hospitalario, el 44% de ellos por causa cardiovascular, con una media de 0,9 ingresos por paciente.

**Conclusiones.** La ICC está mayoritariamente asociada con hipertensión arterial, siendo el control de la presión muy limitado. El sexo determina de forma importante la realización de coronariografía en los pacientes con cardiopatía isquémica. La prescripción de fármacos recomendados no parece ser la óptima y hay importantes diferencias entre áreas sanitarias. Es necesario promover estrategias para mejorar el cuidado de estos pacientes.  
**Palabras clave:** insuficiencia cardíaca, atención primaria, hipertensión arterial.

### 342. EVALUACIÓN DEL PROCESO ¿DOLOR CRÓNICO?

Armando Santo González, Gema Pérez Gomariz,  
Emilio Belchí Segura, Nuria Fernández Costa  
y José Manuel Salas

CS. La Ñora - Gap Murcia.

El dolor crónico (DC) es una experiencia multisensorial con un marcado carácter subjetivo. Es limitante, invalidante y no responde a terapias simples.

**Objetivo.** Evaluar la calidad del diagnóstico y tratamiento del DC en un centro de salud.

**Método.** Ciclo de mejora. La dimensión de la calidad: científico-técnica. Unidad de estudio: pacientes con diagnóstico de dolor con duración mayor a 4 semanas. Identificación y muestreo: a partir de las historias. Tipo evaluación: retrospectiva del proceso. Diseñamos criterios para evaluar la calidad del diagnóstico y tratamiento. Se consensó como estándar el 60% de cumplimiento. Obtuvimos una muestra aleatoria de 50 casos sobre un universo de 4.587 (IC 11%).

**Resultados.** El DC supone el 12% del total de consultas. Alcanzamos un cumplimiento global del 37% (I.C.-26-48%). Sólo dos indicadores, la constancia de la localización del dolor y la existencia de un plan terapéutico, cumplían el estándar. La constancia del diagnóstico de dolor crónico, la tipología y las características clínicas del mismo se cumplía por debajo del 20%.  
**Conclusiones.** El dolor crónico es un proceso frecuente y con un importante margen de mejora. Hemos programado sesiones clínicas formativas sobre el manejo del dolor crónico y se está elaborando un protocolo de asistencia a pacientes con dolor crónico.

**Palabras clave:** dolor crónico, calidad, atención primaria.

### 348. ¿CÓMO SON VALORADOS LOS TALLERES DEL CONGRESO NACIONAL DE SEMERGEN DE BILBAO 2005 POR LOS CONGRESISTAS?

Jesús María Iturralde Iriso, Ana de Santiago Nocito<sup>a</sup>,  
José Antonio Noya Mejuto, Alfonso Rodríguez  
Fernández<sup>b</sup>, Gregorio Mediavilla Tris<sup>c</sup>  
y M.<sup>a</sup> Teresa Puente Hernández

<sup>a</sup>Área 3 Madrid. <sup>b</sup>Ambulatorio Olaguibel. <sup>c</sup>CS. Aranbizkarra I.

**Objetivos.** Conocer como han valorado los congresistas, los talleres del congreso nacional de SEMERGEN de Bilbao 2005.

**Metodología.** Tipo de estudio: descriptivo transversal mediante encuesta. Población a estudio: Todos los congresistas asistentes a los talleres. Variables: Interés del tema, Aprovechabilidad de la actividad para la consulta, tiempo dedicado, aprendizaje de cosas nuevas, metodología de la actividad, material de apoyo dado, Forma como se ha realizado el taller, características de los docentes.

**Resultados.** Se han realizado 21 talleres. Contestaron la encuesta 1.286 asistentes. Se evaluó de 1 a 5. Siendo 5 el mejor resultado. El tema desarrollado en el taller ha sido interesante  $4,4 \pm 0,75$ , Los contenidos, habilidades y actitudes aprendidas en el taller son aprovechables de forma inmediata para la consulta  $4,14 \pm 0,9$ , Tiempo dedicado para realizar el taller  $3,53 \pm 1,06$ . Considero que he aprendido cosas nuevas y útiles para mi actividad  $4,09 \pm 0,87$ , Metodología del taller es útil para aprovechar la actividad  $4,11 \pm 0,89$ , material de apoyo ha sido útil, de calidad y suficiente  $3,96 \pm 0,96$ , Forma como se ha realizado el taller  $4,18 \pm 0,89$ , Los docentes han utilizado métodos adecuados, claridad de exposición y actitud adecuada hacia el alumnado  $4,29 \pm 0,81$ .

**Conclusiones.** Consideramos que la valoración de los talleres del congreso ha sido buena y como siempre, el principal inconveniente es que duran poco. Es importante conocer las necesidades de formación de los congresistas para poder realizar talleres adaptados a estas necesidades.

**Palabras clave:** satisfacción, congreso, SEMERGEN.

### 350. II SEMANA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

Guillermo Muñoz Cabañero, Irene Sánchez-Vizcaíno  
Gómez, Francisco Murga Marchena, Bartolomé Jiménez  
Moreno, Juan Luis Hernández del Castillo  
y Ángel Osorio Megía

Z.B.S. Villanueva de Los Infantes.

**Objetivos.** Búsqueda de temas que puedan interesar a diferentes sectores de población, con la finalidad de estimular y mejorar su estilo de vida. Formación socio-sanitaria para profesionales.

**Metodología.** Para conseguir los objetivos descritos realizamos talleres, charlas-coloquio y proyección de vídeo para diferentes sectores de la población en sus correspondientes entornos: centros de salud, colegios, institutos de enseñanza secundaria, casa cultura, geriátrico. Trabajo de calle con pruebas diagnósticas para captar sobre todo a población que no asiste a consulta.

**Resultados.** Se enseñó a las fuerzas de seguridad conocimientos básicos de RCP básica. Se llevaron a cabo: programas de prevención de adicciones a través de vídeos y guías didácticas a escolares. Dos talleres para apoyo integral de cuidadores de personas dependientes. 400 dmo a mujeres dándoles consejos útiles para: prevenir o mejorar la osteoporosis, mejorar calidad de vida en la menopausia. 163 tomas de tensión arterial: 39 personas dieron tensión elevada derivándolas a consulta. Talleres para padres y escolares para desarrollar hábitos saludables de alimentación. Charlas-coloquio: ocupación del tiempo libre en el anciano institucionalizado dirigidas a profesionales, familiares y ancianos.

**Conclusiones.** Las actividades con pruebas diagnósticas han tenido mayor éxito. Cuando los temas son más específicos, las actividades tienen una mayor repercusión. Gran aceptación, formación socio-sanitaria hacia profesionales de diferentes sectores surgiendo nuevas propuestas formativas.

**Palabras clave:** grupos de edad, comunidad, servicios de información.

### 352. EVOLUCIÓN DEL REGISTRO DEL TABAQUISMO EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE UN CENTRO DE SALUD

José Mancera Romero, Catalina Fernández Lozano, Leovigildo Ginel Mendoza, María Rosa Sánchez Pérez, Francisco Taboada González y Antonio Baca Osorio  
C.S. Ciudad Jardín.

**Objetivos.** Preguntar a todos los adultos sobre su hábito tabáquico y el registro en la historia clínica está recomendado por las principales guías de actividades preventivas (PAPPS, NCI, USPSTF). Esta actuación es de especial interés en Atención Primaria por sus especiales características. Nuestro objetivo es conocer la evolución del registro del hábito tabáquico en las historias clínicas de un centro de salud urbano.

**Metodología.** Estudio descriptivo. Atención Primaria. Centro de salud urbano. 30.000 personas mayores de 14 años. 19 médicos de familia. Años 2005 y 2006. Historia clínica informatizada (iconos específicos que identifican a fumadores y no fumadores). Medidas de frecuencia.

**Resultados.** En el año 2005 se registró el hábito tabáquico en 7.787 historias (26%) y en el 2006 en 9.216 (30%) con un incremento del 4%. El porcentaje de fumadores en las historias con registro de tabaquismo bajó del 41% al 34%. Gran variabilidad de registro entre los diferentes cupos médicos (del 5% al 77%). Solamente seis cupos superan el 50% de registro del hábito en sus historias. En casi todos los cupos se incrementó el registro (a pesar de haberse perdido información previamente registrada por un cambio en el sistema informático). A mayor porcentaje de registro del hábito menor porcentaje de fumadores.

**Conclusiones.** Escaso registro del hábito tabáquico en las historias clínicas. Gran variabilidad entre los diferentes cupos del centro. Moderado incremento en el último año. Se hace necesaria una mayor implicación de los profesionales en el registro del tabaquismo.

**Palabras clave:** tabaquismo, registro, historia clínica.

### 355. EFECTIVIDAD DE DOS TERAPIAS CORTAS DE ANTIBIÓTICO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO NO COMPLICADAS EN HOMBRES

Víctor López-Marina<sup>a</sup>, Rosa Alcolea García<sup>b</sup>, Gregorio Pizarro Romero<sup>c</sup>, Nuria Montellà Jordana<sup>d</sup>, Natalia Costa Bardají<sup>e</sup> y Domingo Guevara Peña<sup>e</sup>

<sup>a</sup>ABS. Capellades. <sup>b</sup>ABS. Besós. <sup>c</sup>ABS. Badalona 6-Llefià.

<sup>d</sup>CAP II. Dr. Robert. <sup>e</sup>ABS. Piera, en representación del Grupo Anitu.

**Objetivo.** Evaluar la efectividad de Amoxicilina-ácido clavulánico 500 mg/8 horas durante 5 días (A) versus Norfloxacin 400 mg/12 horas durante 3 días (N) para el tratamiento de las Infecciones del Tracto Urinario no complicadas (ITU) en varones atendidos en consultas de Atención Primaria.

**Metodología.** Diseño: ensayo clínico aleatorio no ciego y pragmático, multicéntrico, en la provincia de Barcelona. Intervención: hombres con síndrome miccional no complicado y tira de orina + se asignaban aleatoriamente al grupo (A) o (N), realizándose sedimento y urocultivo pre y post-tratamiento, durante el periodo de reclutamiento (2004-2005). Mediciones principales: tamaño muestral; edad; etiología; efectividad; complicaciones; efectos adversos.

**Resultados.** Tamaño muestral: N = 106 pacientes. Edad (media ± DE): 56 ± 16 años. Etiología: ITUs con 1 agente etiológico (92,4%): *E. coli* (57,5%), *P. mirabilis* (12,3%), *K. pneumoniae*

(7,5%), enterococo (5,7%), otros (9,2%). ITUs con 2 agentes etiológicos (5,7%): *E. coli* estuvo en todos los casos (100%), seguido en frecuencia por *K. pneumoniae* (33,2%). ITUs con orina contaminada (1,9%). Efectividad: (A) = 43/55 = 78,2%, IC [95%]: 73,7-83,4%; (N) = 43/51 = 84,3%, IC [95%]: 80,3-87,5% (p = 0,289). Complicaciones: (A): 1 pielonefritis; (N): 1 prostatitis. Efectos adversos: (A): 7% (síntomas digestivos). (N): 5,4% (cefalea y abdominalgia).

**Conclusiones.** Nuestros resultados evidencian que la terapia corta antibiótica para el tratamiento de las ITU en varones es segura. Tanto (A) como (N) presentan similar y elevada efectividad, con alto nivel de seguridad y pocos efectos adversos, en el tratamiento de las ITU en hombres.

**Palabras clave:** efectividad, amoxicilina-ácido clavulánico, norfloxacin, infecciones del tracto urinario no complicadas, hombres.

### 357. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS EMBARAZADAS SEGUIDAS EN UN CENTRO DE SALUD

Francisca Paniagua Gómez, José Mancera Romero, María Rosa Sánchez Pérez, María Luisa Fernández Tapia, Mercedes Antón Cortés y Lourdes Linares Castro

Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

**Objetivos.** Conocer el perfil sociodemográfico de las embarazadas seguidas en un centro de salud.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. Centro de salud urbano. 37.000 habitantes. Mujeres que parieron en el año 2005 y que su embarazo fue seguido en el centro de salud. Variables: médico, domicilio, estado civil, clases social (ocupación y nivel de estudio), edad de parto, actividad laboral, función familiar medida por la prueba de Apgar, apoyo social medido por el cuestionario de Duke y existencia de un seguro privado. Medidas de frecuencia.

**Resultados.** Durante el año 2005 obtuvimos información sobre 419 partos en mujeres adscritas a nuestro centro de salud. En 268 mujeres (63%) el embarazo se siguió en el centro, en 105 (25%) en el segundo nivel y en 46 (10%) en la medicina privada. La media de embarazos seguidos por cada médico del centro fue de 14 (6-23). El 22% vivía fuera de la zona. El 30% no estaba casada. Ocupación: 18% IIIa, 15% V, 13% IVa y IV b, 4% II y 3% I. Nivel de estudio: 50% con 8.º de EGB/2.º de ESO, 25% con BUP, 4.º de ESO o bachillerato, 17% con estudios universitarios. Trabajaban 166 (62% de las mujeres). El 5% presentaban un Apgar disfuncional. El 5,5% tenían un Duke bajo. Disponían de seguro privado 17 (6%). La edad media de parto fue a los 29 años (amplitud 17-42, DE 4,8).

**Conclusiones.** Elevado porcentaje de embarazos seguidos en atención primaria. Nivel socioeconómico medio-bajo. Escaso número de mujeres con aseguramiento mixto.

**Palabras clave:** embarazo, Atención Primaria.

### 363. EDUCACIÓN RESPIRATORIA Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS EN PACIENTES AFECTOS DE PATOLOGÍA PULMONAR

Jorge Soler González, Irene Gómez Companys, Ana M.ª Retamero Fernández, Ángel Fondevila Duaigües y Josep Lluís Cruz Cubells

C.S. Rambla de Ferrán.

**Objetivos.** Implementar un programa de terapia corporal en grupo para mejorar la educación y formación de los enfermos respiratorios.

**Material y métodos.** Estudio multidisciplinar prospectivo de intervención en un centro de Atención Primaria. Se diseñó un programa de educación respiratoria grupal, adaptada a pacientes diagnosticados de patología respiratoria de grado leve y moderado según el protocolo diseñado para tal fin. Una vez constituido el grupo, se estructuró la intervención en tres etapas: fase reductiva (toma de conciencia y descarga de tensiones), fase de corrección (reajuste postural y muscular) y fase de equilibrio (circulación armoniosa del aire y vitalización).

**Resultados.** Se incluyeron 13 pacientes durante seis meses en el programa de forma semanal previa realización de una espirometría, la prueba validada de los seis minutos y el cuestionario CVRS. La misma valoración se realizó durante el programa y al finalizar la intervención. La calidad de vida relacionada con la salud se incrementó durante el programa, así como pudimos objetivar cualitativamente una mejoría en el control durante las crisis respiratorias, una mejoría en el conocimiento de su patología y los recursos con los que cuentan y finalmente una mejor aceptación de sus límites fomentando hábitos que refuerzan a la persona.

**Conclusiones.** Evidenciamos la eficiencia de instaurar un programa grupal de educación y promoción de técnicas de respiración en la Atención Primaria. Esta estrategia de trabajo nos permite conseguir que el paciente respiratorio deje de ser un usuario pasivo a otro activo que se implica en el complejo proceso de su enfermedad.

**Palabras clave:** terapia corporal, intervención grupal, enfermedades pulmonares.

### 367. PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MAYORES DE 64 AÑOS, GALICIA VS ESPAÑA

José Dios Diz, Juan Ramón García Cepeda<sup>a</sup>, José Félix Zuazagoitia Nubla<sup>b</sup>, Pilar Ramos Calviño<sup>c</sup>, Celia Rodríguez Pérez<sup>d</sup> y Manuel Quintás Ares<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Urgencias de Boiro. A Coruña. <sup>b</sup>Centro de Salud de Bilbao. Vizcaya. <sup>c</sup>Centro de Salud de Lobios. Ourense.

<sup>d</sup>Centro de Salud de Verín. Ourense. <sup>e</sup>Centro de Salud de A Garda. Pontevedra.

**Introducción.** La Incontinencia Urinaria (IU) constituye un problema de salud que incide sobre la calidad de vida, afecta a una tercera parte > 64 años y es un problema vulnerable (muchos casos se pueden prevenir y otros tienen buena respuesta terapéutica) y las medidas paliativas mejoran la calidad de vida.

**Justificación.** Hay pocos trabajos publicados; de ámbito estatal y gallego, sólo estos dos y ninguno comparativo. Es un problema que tiene y debe abordarse desde Atención Primaria.

**Objetivos.** General: conocer si hay diferencias de prevalencia de IU entre España y Galicia. Específicos: grado de concordancia entre ambos trabajos. Si hay diferencias en relación con las variables edad, sexo y procedencia. Realizar una tabla de predicción.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, basado en un análisis comparativo entre 2 trabajos realizados con la misma metodología sobre IU (España, n: 2.125 y Galicia: 350). Para el tratamiento estadístico utilizamos los programas informáticos SPSS y CIA, realizándose pruebas de homogeneidad, concordancia, Chi-cuadrado, e intervalos de confianza y predicción.

**Resultados.** Se ha constatado una concordancia muy alta entre ambos trabajos. No se han encontrado diferencias significativas ni globalmente ni por las variables edad, sexo y procedencia, con una seguridad del 99%. Se ha elaborado el intervalo de predicción (95%) de IU: EDAD Varones (%), Mujeres (%), 65-74, 18-24, 28-39, 75-84, 22-33, 37-51 > 84, 32-49, 48-75.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de la IU en Galicia es similar a la de España. 2. Hay una correlación positiva entre edad y prevalencia, afectando a 1 de cada 5 varones y a 2 mujeres de cada 5, mayores de 64 años.

**Palabras clave:** incontinencia urinaria, > 64 años, Galicia frente a España.

### 368. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, LESIÓN DE ÓRGANOS DIANA Y ENFERMEDADES CLÍNICAS ASOCIADAS A UNA POBLACIÓN HIPERTENSA

José Manuel Métrida Rodríguez, Rosa Wolgeschaffen Torres<sup>a</sup>, Reyes Ramírez Arrizabalaga<sup>b</sup> y Antonio Criado Millán<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio Atención Rural. Área 8-Sermas. <sup>b</sup>CS. Alameda de Osuna. Madrid. <sup>c</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Móstoles. Madrid.

**Objetivo.** Describir las características clínico-epidemiológicas de la población española con HTA esencial.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico de ámbito nacional con pacientes hipertensos fundamentalmente de consultas de Atención Primaria. Se analizaron la presencia de Factores de Riesgo de Enfermedad Cardiovascular (FRCV), de Lesión de Órganos Diana (LOD) y de Enfermedades Clínicas Asociadas a HTA (EECCAA). Se fijó como aceptable una pérdida de datos < 10%. El sistema utilizado fue el SPSS®, versión 11.5.

**Resultados.** 3.213 pacientes (hombres 49,1%, mujeres 50,9%), edad media de 63,8 años, fundamentalmente de etnia caucásica (96,8%). Los datos obtenidos se describen en el gráfico final.

**Conclusiones.** Esta amplia muestra de pacientes puede considerarse como de alto riesgo pues es frecuente la presencia de múltiples FRCV. Las LOD más frecuentemente encontradas fueron las cardíacas, seguidas de las renales. Las EECCAA a HTA más frecuentes fueron las cardiovasculares. La incidencia de enfermedad cerebrovascular y renal es baja.

FRCV	%
Diabetes Mellitus	28,8
ECV prematura	21,6
Microalbuminuria	13,4
TG elevados	29,6
HDLC bajo	28,5
Col. total elevado	53,7
Sedentarismo	63,2
Obesidad	46,4
Tabaquismo	31,5
LOD	%
Hipertrofia VI	23,7
Creatinina elevada	16,0
Proteinuria	8,8
Arteriosclerosis	11,7
Retinopatía HTA	7,9
EECCAA	%
Cardiopatía Isquémica	13,4
Arteriopatía Periférica	11,9
Insuficiencia Cardíaca	5,9
Enfermedad Cerebrovascular	8,2
Enfermedad Renal	7,0

**Palabras clave:** HTA, factores de riesgo, lesión órgano diana, enfermedades asociadas.

### 376. HOSPITALIZACIÓN, EN 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO, DE LAS PERSONAS = 75 AÑOS ADSCRITAS A UNA CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD

Nicanor Valle García, Iñaki Martín Lesende<sup>a</sup>, Alberto Herrero López<sup>b</sup>, Rafael González Loyo<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Soledad Maza Montaña<sup>a</sup> y M.<sup>a</sup> Teresa Martínez Gallegos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Castro Urdiales. Cantabria. <sup>b</sup>Centro de Salud Bajo Pas. Cantabria.

**Objetivo.** Analizar prevalencia y causas de hospitalización en = 75 años adscritos a una consulta de Atención Primaria, 1-5-2001 a 1-5-2006.

**Diseño.** Descriptivo transversal, análisis secundario de un estudio de cohortes de detección de ancianos de riesgo. Ámbito: medio comunitario. Sujetos de estudio: personas = 75 años adscritas a la consulta, no institucionalizados (criterio de exclusión). Variables: hospitalización > 1 día; prevalencia, causas, relación con estado funcional (Barthel) y cognitivo (Pfeiffer) inicial. Fuente de datos: historias, informes clínicos, e interrogatorio al paciente durante la valoración anual.

**Resultados.** 132 personas inicialmente (72 mujeres), edad media 81,2 ± 4,6 años. 58 (43,9%) = 1 ingreso, 29 varones (48,3%)/29 mujeres (40,3%) (p 0,35). Personas hospitalizadas/año, incidencia acumulada: 1.º año 27/132 (20,5%); 2.º año 14/116 (12,1%); 3.º año 16/103 (15,5%); 4.º año 10/94 (10,6%); 5.º año 13/78 (16,7%). Causa: cardiovascular 27,6%, respiratoria 19,4%, neurológica 12,2%, tumoral 10,2%, osteoarticular 9,2%, digestiva 9,2%, quirúrgica 7,1%, otra 5,1%; las 9 de causa osteoarticular mujeres, y 7 de los 9 por ACV varones. No asociación entre el Barthel ni el Pfeiffer alterados con hospitalización (p 0,23 y 0,09 respectivamente).

**Conclusiones.** Elevado porcentaje de hospitalizados (factor de riesgo establecido para sufrir deterioro funcional y eventos deletéreos). Las causas cardiovasculares son las principales, existe predominio femenino en las osteoarticulares (concordante con otros estudios). Aunque no encontramos asociación con el estado funcional y cognitivo inicial (pudiera influir el tamaño muestral), parece condicionar más este último.

**Palabras clave:** hospitalización, anciano, Atención Primaria.

### 379. POLINEUROPATÍAS: UN ABORDAJE A SU DIAGNÓSTICO. REFLEXIONES A CERCA DE LO PRIORITARIO EN UNA CONSULTA DE FAMILIA

José Manuel Sáez Pérez

**Objetivos.** El objetivo fundamental consiste en como priorizar las actuaciones frente a un paciente con polineuropatía en una consulta de atención primaria, más cuando el diagnóstico y el tiempo son dos variables enfrentadas.

**Metodología.** Se basa en las reflexiones sobre la experiencia acumulada, siendo el paciente y el tiempo los principales protagonistas, aportando los conocimientos protocolizados adecuados para rendir calidad y rapidez diagnóstica en nuestra

consulta, teniendo presente que una polineuropatía puede preceder al descubrimiento de un cáncer entre 0,75 y 46 meses.

**Resultados.** Encontramos 1 factor de organización (ubicación por su presentación y distribución clínica), 4 de actuación (sensibilidad térmico-dolorosa, artrocinética-vibratoria, reflejos profundos, laboratorio: glucemia y curva, proteinograma (mieloma), ionograma (hiperparatiroidismo), función hepática y anticuerpos antimitocondriales (cirrosis biliar primaria), gammaGT (enolismo), anticuerpos antinucleares, crioglobulinas y serología hepatitis para las vasculitis, Vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico para estados carenciales, TSH (hipotiroidismo) y anticuerpos anti-Hu (asociación con carcinoma bronquial) y 2 de programación (interconsulta especializada y pruebas complementarias: electromiograma, biopsia del nervio y estudios de DNA (formas hereditarias).

**Conclusiones.** Es fundamental la puesta al día en guías y protocolos, así como la organización de nuestras consultas a la hora de aproximarnos de una manera práctica al diagnóstico de una polineuropatía.

**Palabras clave:** polineuropatía periférica, electromiograma, protocolos.

### 380. PREGABALINA (PGB) EN EL TRATAMIENTO DE LA NEURALGIA POST-HERPÉTICA (NPH) Y TRASTORNOS AFINES

José Manuel Sáez Pérez

**Objetivos.** Valorar la eficacia y seguridad del neuromodulador PGB a dosis crecientes en el tratamiento de diversas neuropatías periféricas (NP), tomando como patrones la postherpética y diabética.

**Metodología.** Se estudiaron 104 pacientes de un centro de salud con NP (tabla, valorando la intensidad del dolor antes y después del tratamiento con PGB (dosis crecientes 75-600 mg día, en dos tomas al día) mediante Escala Analógica Visual (EVA) y prueba de Calidad de Vida (CV). Análisis estadístico con programa SPSS11.

**Resultados.** (ver tabla 1). El número de pacientes respondedores (beneficio superior al 50% de la situación basal) osciló entre el 38-50%, valor apreciable para el dolor neuropático dada su refractariedad a los tratamientos. La media de la CV tuvo un incremento del 47%. Los efectos adversos fueron: mareo (6,1%), somnolencia (5,6%), edema periférico (3,4%), sequedad de boca (6%), cefaleas (4,2%) e infección concomitante (1,9%).

**Conclusiones.** PGB demostró ser un fármaco eficaz y seguro en el tratamiento del dolor neuropático en pacientes portadores de NPH, diabética y demás trastornos afines, con escasa efectividad en los cuadros de ciática. La rapidez de acción de la PGB es evidente así como la dosificación en dos tomas únicas diarias, mejorará el cumplimiento terapéutico.

**Palabras clave:** pregabalina, dolor neuropático, escala analógica visual.

Tabla 1

Patología N = 104	EVA Pretratamiento	Dosis media PREGABALINA	EVA Post-tratamiento	DS
NPH (18)	7	450	2,5*	1,5
N. diabética (40)	6,5	375	3,1*	1,6
Trigémino (10)	7,5	450	3,5*	1,9
Alcohólica (9)	5	300	2,2*	1,3
N. occipital (6)	6	300	2,1*	1,5
STC (8)	4,5	225	2,5	1
Ciatalgias (13)	6	300	5	1,8

\*p < 0,001. DS: desviación estándar.

### 383. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO “DOLOR TORÁCICO” EN UN CENTRO DE SALUD

Ángel Benítez Moyano, Santos Luis Agrela Torres<sup>a</sup>, Francisco Javier Murillo Cuevas<sup>b</sup>, Francisco Vivar Berrocal<sup>c</sup>, Néstor Fernández Santiso<sup>c</sup> y Antonio Ramírez Gutiérrez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Trinidad. Distrito Sanitario Málaga. SAS.

<sup>b</sup>Centro de Salud de Campillos. Distrito Sanitario La Vega.

<sup>c</sup>SAS. Centro de Salud de Mollina. Distrito Sanitario La Vega. SAS.

**Objetivos.** Evaluar la calidad del registro de los indicadores del proceso asistencial “Dolor Torácico” en una Zona Básica de Salud.

**Metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo. Unidad de estudio: pacientes incluidos en el proceso “Dolor Torácico” durante el año 2005 en una Zona Básica de Salud. Fuente de datos: hoja de registro específica del proceso. Se utiliza como muestra el 100% de las hojas de registro del año (n = 70). Se realiza una evaluación interna cruzada. Variables estudiadas: edad, demora en atención, registro EKG, monitorización, administración de oxígeno, administración de nitritos sublinguales, administración de AAS, canalización venosa y prioridad/contraindicación fibrinólisis.

**Resultados.** Edad media 65 años. Registro de edad 71,43%. Registro de demora 57,14%. Registro EKG 68,75%. Registro monitorización 77,14%. Registro administración oxígeno 91,43%. Registro administración nitritos 82,86%. Registro administración de AAS 85,71%. Registro de canalización venosa 94,29%. Registro de prioridad/contraindicación fibrinólisis 17,14%.

**Conclusiones.** Aunque muchos ítems tienen un valor elevado en su registro, dada la naturaleza del proceso “Dolor Torácico”, debemos considerarlos insuficientes, especialmente los referidos a prioridad/contraindicación en recibir fibrinólisis y demora en recibir asistencia.

**Palabras clave:** dolor torácico, registro, calidad.

### 384. VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS MAYORES DE 65 AÑOS EN EL MEDIO RURAL Y EL URBANO

Francisco Javier Murillo Cuevas, Santos Luis Agrela Torres<sup>a</sup>, Ángel Benítez Moyano<sup>b</sup>, Encarnación Pérez Ramírez<sup>b</sup>, Elisa de Los Riscos Mateos<sup>a</sup> y Ana Emilia Rey Martín<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Trinidad. Distrito Sanitario Málaga. SAS.

<sup>b</sup>Centro de Salud de Mollina. Distrito Sanitario La Vega. SAS.

**Objetivos.** Valoración del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria, en la población mayor de 65 años, en el medio rural y en el urbano.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Unidad de estudio: Pacientes incluidos en el programa de examen de salud para mayores de 65 años del SAS. Tras muestreo de conveniencia por conglomerados de edad (65-74, 75-84 ≥ 85), en el medio rural, de un universo muestral n = 1.222, se extrae una muestra de 298 pacientes y en medio urbano de un universo n = 1.498 se extrae una muestra de 354 pacientes. Tras pasar la prueba de Barthel, se agrupan, según la puntuación en pacientes autónomos, en riesgo de dependencia y dependientes.

**Resultados.** Medio rural/medio urbano.

	Autónomo	Riesgo dependenc.	Dependientes
65-74	120/138	16/21	8/7
75-84	88/118	12/14	20/18
≥ 85	8/16	14/7	12/15

**Conclusiones.** No se aprecian diferencias significativas entre el resultado obtenido en la puntuación la prueba de Barthel entre ambas poblaciones, aunque en algún grupo de edad y grado de dependencia sí pueden encontrarse.

**Palabras clave:** dependencia, prueba de Barthel, mayores.

### 385. CONSULTA DE DEMANDA: ¿HACEMOS PARTE DEL TRABAJO DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA?

Santos Agrela Torres, Ángel Benítez Moyano<sup>a</sup>, Francisco Javier Murillo Cuevas<sup>b</sup>, Ana Emilia Rey Martín<sup>c</sup>, Elisa de Los Riscos Mateos<sup>c</sup> y Francisco Jesús Ruiz Torrecillas<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud de Mollina. Distrito Sanitario La Vega. SAS.

<sup>b</sup>Centro de Salud de Campillos. Distrito Sanitario La Vega. SAS.

<sup>c</sup>Centro de Salud Trinidad. Distrito Sanitario Málaga. SAS.

**Objetivos.** Analizar la carga de trabajo generada a Atención Primaria (AP) por el nivel asistencial Atención Especializada (AE), con aquellas tareas que, aún siéndole propias, delegan de forma inadecuada.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal, analizando 1.240 citas en consulta de demanda, en el que se valoran: 1) Derivaciones para revisiones programadas. 2) Derivación delegada por interconsultas entre especialidades. 3) Petición delegada pruebas complementarias. 4) Emisión de primera receta no realizada tras alta hospitalaria, atención urgente y primera consulta de especialista. 5) Información sobre diagnóstico y tratamiento. 6) Hiperfrecuentación en AP por la demora en AE. 7) Aclaraciones sobre la cita en AE.

**Resultados.** Derivaciones para revisión 2,42%. Derivaciones por interconsultas entre especialistas 1,61%. Petición delegada de pruebas complementarias 2,26%. Emisión primera receta 4,68%. Información sobre diagnóstico y tratamiento 1,53%. Hiperfrecuentación por demora en especializada 1,37%. Aclaraciones sobre cita de especializada 2,02%.

**Conclusiones.** El 15,89% de la tarea asistencial de AP debería ser realizada por AE. De una media de 40 consultas diarias entre 6 y 7 se dedican a resolver problemas de AE, esto equivale a 3,5 jornadas de un médico por mes.

**Palabras clave:** inducida, carga asistencial.

### 395. USO Y ABUSO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ESPECIALIZADA Y HOSPITALARIA

Remedios Albelda Viana, Concepción Ferrer Casanova<sup>a</sup>, Elías Carsí Villalba<sup>a</sup>, José Artemio Pastor Barberá<sup>a</sup>, José Bernardo Cervera Moscard<sup>a</sup> y Rafael Aleixandre Benavent<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud de Xàtiva. Xàtiva. Valencia.

<sup>b</sup>Instituto de la Historia de la Ciencia y Documentación.

Facultad de Medicina de Valencia. Valencia.

**Introducción.** Las abreviaciones se utilizan en todos los documentos asistenciales creando serios problemas de comunicación entre los profesionales y con los pacientes.

**Objetivo.** Analizar las abreviaturas aparecidas en los documentos de intercambio de información entre los diversos niveles asistenciales: hojas de urgencias del hospital, hojas de alta hospitalaria, hojas de interconsulta a especializada e Informes clínicos de especializada.

**Material y métodos.** Cinco médicos del Centro de Salud de Xàtiva analizaron, desde el 11 de abril al 11 de mayo de 2005, 85 documentos identificando las abreviaturas que contenían. En cada abreviatura se calculó su frecuencia y se buscó su significado, procedencia (Atención Primaria, Especializada u hospitalaria), servicio, así como la existencia de siglas polisémicas.

**Resultados.** Se recogieron 433 abreviaturas diferentes en las 1.253 registradas, de las que 25 aparecían 10 o más veces. Las más frecuentes fueron “h”, “AP” y “a”. La mayor parte procedían de Urgencias Hospitalarias (72%), Medicina Interna-Ingreso hospitalario (6,2%) y Atención Primaria (5,8%). Algunas eran polisémicas, como “h” (que puede significar “hora”, “historia” y “hemograma”) y otras veces se utilizaron diferentes formas para abreviar un mismo concepto.

**Conclusiones.** Las abreviaturas en los documentos clínicos suelen utilizarse para economizar espacio y tiempo y para evitar mencionar enfermedades o procesos graves, incurables o vergonzosos. Muchas de ellas no están consensuadas por la comunidad y son inventadas, por lo que resultan difíciles de entender y entorpecen el flujo de comunicación entre los diversos niveles asistenciales y la correcta transmisión del conocimiento.

**Palabras clave:** comunicación, abreviaturas, siglas, polisemia.

#### 400. HIPERTENSIÓN, DIABETES, OBESIDAD Y FILTRADO GLOMERULAR EN ANCIANOS

Pere Beato Fernández, Iolanda Ardila Salazar<sup>a</sup>, Teresa Rama Martínez<sup>b</sup>, Gregorio Pizarro Romero<sup>b</sup>, Víctor López-Marina<sup>c</sup> y Rosa Alcolea García<sup>d</sup>

<sup>a</sup>EAP Llefià. Badalona. <sup>b</sup>EAP Sant Adrià. <sup>c</sup>EAP Piera.

<sup>d</sup>EAP Besòs. Barcelona.

**Objetivos.** Conocer porcentajes de diferentes estadios de la función renal (FR) según el filtrado glomerular (FG) en ancianos. Conocer la asociación de los diferentes estadios de FR con prevalencias de hipertensión, diabetes y/u obesidad.

**Material y métodos.** Diseño: descriptivo transversal observacional. Ámbito: Centro de Salud Urbano. Metodología: datos de los últimos 3 años de la historia clínica informatizada. Cálculo de FG según fórmula de Cockcroft-Gault. Se considera FR normal = 90 ml/min, ligeramente disminuida (FRL) = 60 ml/min y < 90 ml/min, moderadamente disminuida (FRM) = 30 ml/min y < 60 ml/min, gravemente disminuida (FRG) < 30 ml/min. Obesidad: Índice de Masa Corporal (IMC) = 30%. Cálculo de prevalencias y frecuencias. Sujetos: los 6.003 pacientes mayores de 64 años del Centro de Atención Primaria. Variables: edad, sexo, peso, IMC, hipertensión arterial (HTA), diabetes (DM).

**Resultados.** Existen datos recientes necesarios de 3.719 pacientes (61,95%), mujeres 57,67%. Prevalencias de estadios de FR: FR normal 5,87%; FRL 44,68%; FRM 45,55%; FRG 3,90%. Asociaciones: FR normal: HTA 64,22%, DM 34,86%, Obesidad 83,02%, HTA+DM 25,22%; FRL: HTA 62,81%, DM 29,84%, Obesidad 54,87%, HTA+DM 21,23%; FRM: HTA 67,06%, DM 31,93%, Obesidad 26,50%, HTA+DM 21,46%; FRG: HTA 75,86%, DM 33,10%, Obesidad 15,17%, HTA+DM 28,28%.

**Conclusiones.** La prevalencia de FG disminuida es alta en ancianos. La obesidad, probablemente por hiperfiltración glomerular, resta valor a la asociación de otros factores con la FR, especialmente de la DM. Se debe valorar la FG de los pacientes ancianos teniendo en cuenta el IMC.

**Palabras clave:** función renal, ancianos, factores de riesgo cardiovascular.

#### 404. PREVALENCIA DE HEPATITIS INFECCIOSA EN PACIENTES VIH (+)

Julia Ferrer Iturralde, Dolores López Martínez, Mercedes Castro García, Isabel Pérez Ramírez, José Antonio Quedo Seises y María Luisa Cid Salgado  
EAP Justicia. Madrid.

**Objetivos.** Dada la alta prevalencia de pacientes con VIH (+) en nuestro Equipo de Atención Primaria (EAP), nos planteamos

como objetivo conocer si existe una mayor asociación entre dicha patología y la presencia de hepatitis infecciosas.

**Metodología.** Estudio descriptivo, transversal. Se revisaron las historias clínicas del Equipo de Atención Primaria de Justicia que presentaban el episodio de VIH (+) y que se habían registrado informáticamente mediante el sistema OMI, implantado en la Comunidad de Madrid. Detectamos 156 episodios con diagnóstico de infección por VIH, en los que se registraron datos sociodemográficos, antecedentes personales, analítica convencional y serología para Hepatitis A, B y C, presentes en dichos pacientes.

**Resultados.** De los 156 pacientes con VIH (+), 144 eran varones y 12 mujeres. Los rangos de edad fueron: entre 20 y 30 años, 16 casos; entre 30 y 40 años, 63 casos; entre 40 y 50 años, 54 casos; entre 50 y 60 años, 4 casos; y mayores de 70 años, 3 casos. Del total de diagnósticos, 34 se registraron en el último año. Se encontraron 33 pacientes diagnosticados de Hepatitis infecciosa, siendo 6 de ellos (18,18%) de Hepatitis A, 22 (66,66%) de Hepatitis B y 5 (15,15%) de Hepatitis C. Entre los antecedentes personales constaban 20 casos de Hepatitis presuntamente infecciosa sin filiar.

**Conclusiones.** Los pacientes atendidos en nuestra Zona Básica de Salud presentan una prevalencia elevada de asociación con diagnóstico de Hepatitis infecciosa. En los pacientes que refieren antecedentes de Hepatitis sin filiar sería conveniente un registro más detallado. Para ello, nos parece importante la realización de serología de Hepatitis A, B y C en todos los pacientes diagnosticados de VIH (+). Debemos incrementar nuestros esfuerzos en la vacunación de Hepatitis B, tal y como consta en protocolo. Asimismo, nos parecería muy importante implantar la vacunación de Hepatitis A.

**Palabras clave:** hepatitis infecciosa, VIH (+).

#### 406. AMPOLLAS EN LA ZONA DEL PAÑAL EN ANCIANOS ¿ROCE O PENFIGOIDE AMPOLLOSO?

Isidro Rivadulla Lema, Sandra Hermana Ramírez<sup>a</sup>, Marta Cuadrado Rosón<sup>a</sup>, Carlos Fernández Viadero<sup>b</sup> y Félix Arce Mateos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>HUMV. <sup>b</sup>Residencia de a 3.ª edad de Cueto-Cantabria.

**Objetivos.** La aparición de ampollas en la zona perineal en ancianos que requieren uso del pañal es frecuente. El objetivo de este estudio es intentar determinar si son debidas a la fricción o a otra patología, como es el caso del penfigoide ampolloso, enfermedad ampollosa subepidérmica crónica que aparece en la edad avanzada en forma de múltiples ampollas tensas, sobre piel eritematosa y sana.

**Metodología.** Se estudiaron biopsias de ampolla del área del pañal en 50 ancianos alojados en una residencia de personas mayores con edades comprendidas entre los 72 y los 97 años, dos de ellos varones y el resto mujeres. Dichas biopsias fueron remitidas en fresco a anatomía patológica para su estudio convencional con hematoxilina-eosina y estudio de inmunofluorescencia directa con anticuerpos anti-factores del complemento e inmunoglobulinas (C3, C4, C1q, fibrinógeno, IgG, IgA, IgM).

**Resultados.** Encontramos una frecuencia similar entre ambos procesos: aproximadamente el 50% de casos presentaron datos morfológicos de penfigoide ampolloso, siendo el resto de vesículas achacables al proceso de fricción. Los pacientes fueron tratados de acuerdo al diagnóstico, mejorando en todos los casos.

**Conclusiones.** Los pacientes ancianos que requieren uso habitual de pañal desarrollan con frecuencia ampollas. La ampolla por fricción es clínicamente indistinguible del penfigoide ampolloso. El tratamiento de éste último se basa en los corticoides, los cuales están contraindicados en las ampollas por fricción.

Por ello se hace necesario el estudio anatomopatológico para realizar el diagnóstico diferencial entre ambos procesos.

**Palabras clave:** ampolla, pañal, penfigoide, anciano.

#### 411. PROTOCOLO LOCAL CONSENSUADO PARA LA DERIVACIÓN ÓPTIMA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A NEFROLOGÍA. ELABORACIÓN, DESARROLLO Y RESULTADOS AL AÑO DE IMPLANTACIÓN

José Luis Llisterri Caro, José Luis Gorriñ Teruel<sup>a</sup>, Francisco Colado Pinés<sup>b</sup>, María José Manzanera Escriba<sup>a</sup>, Alejandro Salanova Penalba<sup>b</sup> y Luis Pallardo Mateu<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Dr. Peset. Valencia.

<sup>b</sup>Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

**Objetivos.** Difundir los aspectos más relevantes relacionados con la elaboración de un protocolo local consensuado entre Atención Primaria (AP) y Nefrología para la detección, seguimiento, tratamiento y derivación correcta de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) atendidos en el Departamento 10 de la CC.AA. Valenciana, así como analizar los resultados tras 10 meses de implantación.

**Metodología.** En el año 2005 se elaboró un protocolo local consensuado entre el Servicio de Nefrología y los 16 centros de AP del Departamento Sanitario. El documento final de consenso se desarrolló sobre la discusión de los siguientes aspectos: población diana, criterios de inclusión, criterios diagnósticos de la ERC, pruebas complementarias, objetivos terapéuticos, tratamiento farmacológico y algoritmo de toma de decisiones para la derivación correcta. Las pruebas consensuadas y autorizadas para ser solicitadas desde AP fueron: ecografía renal, cociente albúmina/creatinina en orina matinal y filtrado glomerular estimado (Cockcroft). Se difundió el protocolo mediante sesiones informativas en cada centro y se editó en forma de documento escrito. Se realiza un estudio descriptivo transversal utilizando las historias clínicas después de implantar el protocolo y se compara (control) con historias clínicas previas al protocolo. Se han analizado retrospectivamente 218 historias clínicas comparando resultados de 108 primeras visitas realizadas antes de la implantación del protocolo (fase 1) (1-9-04 al 30-11-04) y 110 realizadas 10 meses tras implantar el protocolo (1-9-05 al 30-11-05) (fase 2). La valoración fue realizada por un sólo investigador.

**Resultados.** La procedencia de las propuestas de consulta fue: AP 45%, especialidades 46%, tras alta de Nefrología 5% y otros 4%. Edad media: 60 ± 18 (rango: 15-95). El 57% eran varones. Los motivos de consulta fueron: insuficiencia renal 48%, deterioro renal subagudo 10%, HTA 35%, proteinuria-hematuria 7%. En la fase 2 del análisis las consultas recibidas desde AP se redujeron desde el 50% al 39%. Al analizar sólo los pacientes remitidos desde AP (54 propuestas en fase 1 y 43 en fase 2), se observó que la remisión adecuada de pacientes a Nefrología había mejorado desde el 35% antes del protocolo al 58% (p = 0,024). Además se redujeron de forma significativa los días de espera entre fecha de propuesta y fecha de visita en Nefrología (61 ± 20 frente al 36 ± 16) (p = 0,001).

**Conclusiones.** El aumento progresivo en la incidencia de la ERC obliga a una óptima interrelación entre AP y Nefrología. En nuestra experiencia un protocolo consensuado de remisión de pacientes a Nefrología permite reducir el número de pacientes remitidos desde AP, con un mayor grado de adecuación en la derivación y con una reducción en los tiempos de espera de consulta.

**Palabras clave:** interrelación, Atención Primaria, nefrología.

#### 412. TRATAMIENTO CONTINUADO EN LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Emilio Navalón García, María del Carmen Astudillo Fernández<sup>a</sup> y Francesc Orfila Pernas<sup>a</sup>

<sup>a</sup>EAP Montcada i Reixac.

**Objetivos.** Evaluar la efectividad del tratamiento continuado con tadalafilo en pacientes con disfunción eréctil (DE), para mantener relaciones normales a voluntad, sustituyendo tratamientos a demanda.

**Metodología.** Estudio de intervención, sin grupo control, en pacientes con DE y un seguimiento de un año. Muestra: pacientes que acuden a la consulta por DE durante 2005. Exclusión: drogadicción, y no pareja estable. Intervención: tadalafilo 20 mg 2 veces por semana, jueves y sábados. Seguimiento mensual. Medidas: cuestionario corto disfunción eréctil (*squed*: rango posible de 0 a 15, peor a mejor), efectos secundarios, patología concomitante, mejoría en fuerza de micción.

**Resultados.** Veintinueve pacientes, media de edad 58,1 años (SD: 6,4). Un 20,6% presentaban dislipemia, y 17,2% HTA. Inicialmente el 79% de las disfunciones eran leves, y 21% moderadas, con media de la prueba *squed* de 6,4. A partir del primer control, el 100% de los pacientes pasaron a tener un valor de la prueba *squed* de 15, mantenido durante todo el seguimiento. El 93,1% refieren también mejoría en la fuerza del chorro miccional. El 48% no presentaron efectos secundarios, un 27,6% dolores musculares leves, 13,8% dispepsia, y 10,3% rubefacción. No hubo casos de priapismo.

**Conclusiones.** El tratamiento con tadalafilo administrado dos veces por semana resulta muy efectivo para mantener relaciones sexuales normales a voluntad, en pacientes con pareja estable. La presencia de enfermedades concomitantes como la HTA o dislipemia no afectó el tratamiento con tadalafilo, ni éste interfirió con las referidas patologías. Los efectos secundarios, aunque relativamente frecuentes, no precisaron tratamiento y desaparecieron con el tiempo.

**Palabras clave:** disfunción eréctil, *squed*, tadalafilo.

#### 414. PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES HIPERTENSOS ASISTIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

José Monleón Gómez<sup>a</sup>, José Luis Llisterri Caro<sup>b</sup>, Alejandro Salanova Penalba<sup>b</sup>, Jorge Bonet García<sup>c</sup>, Salvador Die Martínez<sup>d</sup> y Francisco Colado Pinés<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Fuente San Luis. Valencia. <sup>b</sup>Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. <sup>c</sup>Centro de Salud Castellar. Valencia. <sup>d</sup>Centro de Salud Plaza Segovia. Valencia.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) enmascarada (HTA aislada ambulatoria) en una población de pacientes hipertensos asistidos en Atención Primaria (AP).

**Metodología.** Estudio transversal que incluyó pacientes hipertensos mayores de 18 años reclutados mediante muestreo consecutivo por médicos de familia en las consultas de cuatro centros de salud urbanos que estaban incluidos en el Registro CRONOPRES. Se evaluaron datos sociodemográficos, clínicos, factores de riesgo cardiovascular, trastornos clínicos asociados y tratamientos farmacológicos. Se definió como HTA enmascarada la presencia de valores normales de presión arterial (PA) en la consulta (< 140/90 mmHg) y valores elevados en la monitorización ambulatoria de PA (MAPA) durante el periodo de actividad (PA ≥ 135 y/o 85 mmHg). Los datos e interpretación de la MAPA proceden del Registro Nacional del Proyecto CRONOPRES.

**Resultados.** Se han analizado 327 MAPAs (53% varones) de las cuales el 51,8% correspondían a pacientes de más de 60 años

(169 registros). El principal motivo de realizar MAPA fue valorar la eficacia del tratamiento (61%) seguido del estudio del patrón circadiano (60%), resultando ser el patrón *non dipper* el más frecuente (41%). El 76% de los pacientes estaba tratado con fármacos (26% con monoterapia, 25% con dos fármacos, 18% con tres y 7% con cuatro o más fármacos). Los valores medios de PA sistólica/PA diastólica en clínica, 24 h., período actividad y período descanso fueron 148/85 mmHg, 130/76 mmHg, 134/79 mmHg, y 121/68 mmHg, respectivamente. La prevalencia de HTA enmascarada fue del 15%, porcentaje que corresponde a los falsos negativos (control PA en clínica y no control PA por MAPA). La prevalencia de bata blanca fue del 18% (falsos positivos).

**Conclusiones.** Los resultados de nuestro estudio muestran una alta prevalencia de HTA enmascarada y de reacción de alerta. La MAPA puede contribuir decisivamente en AP a identificar tanto a falsos negativos (HTA enmascarada) como falsos positivos (HTA bata blanca).

**Palabras clave:** HTA enmascarada, MAPA, Atención Primaria.

#### 415. PATRONES DE PERFIL CIRCADIANO DE PRESIÓN ARTERIAL Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES HIPERTENSOS ASISTIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Francisco Colado Pinés<sup>a</sup>, José Luis Llisterri Caro<sup>a</sup>, José Monleón Gómez<sup>b</sup>, Salvador Die Martínez<sup>c</sup>, Alejandro Salanova Panalba<sup>a</sup> y Jorge A. Bonet García<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

<sup>b</sup>Centro de Salud Fuente San Luis. Valencia. <sup>c</sup>Centro de Salud Plaza Segovia. Valencia. <sup>d</sup>Centro de Salud Castellar. Valencia.

**Objetivos.** Estudiar los patrones de perfil circadiano de presión arterial (PA) y las características clínicas en los hipertensos asistidos en Atención Primaria (AP) en función de los hallazgos encontrados en la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA).

**Metodología.** Estudio transversal que incluyó pacientes hipertensos mayores de 18 años reclutados mediante muestreo consecutivo por médicos de familia en las consultas de AP de cuatro centros de salud urbanos que estaban incluidos en el Registro CRONOPRES. Se evaluaron datos sociodemográficos, clínicos, factores de riesgo cardiovascular, trastornos clínicos asociados y tratamientos farmacológicos. Se clasificaron los MAPA en función de los siguientes patrones: a) *Dipper* o descenso normal (entre 10-20%), b) *No dipper* o descenso insuficiente (entre 0 y 10%), c) *Riser* o elevación nocturna y d) *Dipper* extremo o descenso > 20% respecto valores medios de período actividad.

**Resultados.** Se incluyó 327 MAPAs, de las cuales el 61% (199) se realizaron para estudiar el patrón circadiano. El 53% correspondían a varones y el 47% a mujeres. El 24% (77 pacientes) no seguían tratamiento farmacológico. El 26% estaba con monoterapia, el 25% con dos fármacos, el 18% con tres y el 7% con cuatro o más fármacos. Los FRCV más prevalentes fueron la obesidad abdominal (59%), la dislipemia (53%) y la diabetes (25%). El 41% de los pacientes presentaron un perfil de patrón circadiano *No dipper*, el 14% tuvieron perfil *Riser*, el 36% *Dipper* y el 9% *Dipper* extremo. En los pacientes tratados con fármacos el patrón *Riser* se observó en el 16%, el patrón *No dipper* en el 43% de los pacientes y el patrón *Dipper* extremo en el 9%. En los diabéticos el patrón dominante fue el *No Dipper* (39%).

**Conclusiones.** Los resultados de nuestro estudio muestran que únicamente 3 de cada 10 pacientes hipertensos presentan un patrón de perfil circadiano *Dipper* o reductor normal. Encontramos una elevada prevalencia de pacientes con alteración del

ritmo nictameral, hallazgos que pueden tener relevancia clínica por las graves consecuencias que esta alteración puede generar.

**Palabras clave:** MAPA, Atención Primaria, patrón circadiano.

#### 416. VALORACIÓN DE LA APLICACIÓN PRÁCTICA DE LOS INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fernando Ramos Martínez y Carmen Valentín-Gamazo Valle<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Sanofi-Aventis. Proyectos y Estudios Técnicos.

**Objetivos.** Analizamos la valoración de los Indicadores de Prescripción (IP) por parte de los Médicos de Atención Primaria (MAP) y los Farmacéuticos de Atención Primaria (FAP) para comprobar si comparten su visión sobre: eficacia de los indicadores para implantar un Uso Racional del Medicamento (URM); calidad de diseño; adecuación a la práctica clínica en Atención Primaria.

**Metodología.** Entrevistas telefónicas mediante cuestionario estructurado a 906 MAP y 75 FAP de todo el territorio español. Se realizó un pilotaje previo del cuestionario para asegurar la comprensión de las preguntas. Para el análisis de resultados, se utilizó la prueba de Pearson.

**Resultados.** No hemos encontrado diferencia significativa entre MAP y FAP en la valoración de la eficacia de los IP como herramienta para conseguir un URM. Si existe diferencia significativa entre MAP y FAP en la valoración de las características de los indicadores utilizados en la práctica (con  $p < 0,001$ ): validez práctica de su empleo para poder llevar a cabo un URM; diseño adecuado; respuesta a las necesidades de la terapéutica en Atención Primaria; motivos por los que los indicadores actuales pueden ser o no eficaces; presión sobre el médico y su libertad de prescripción.

**Conclusiones.** MAP y FAP consideran eficaces los IP como herramienta para conseguir un URM. Sin embargo, los indicadores usados en la práctica en España son valorados de muy diferente forma por MAP y por FAP, lo que revela un diseño inadecuado y hace patente la necesidad de un abordaje diferente.

**Palabras clave:** indicadores, Atención Primaria, prescripción.

#### 417. GENÉTICA CLÍNICA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: ¿SOÑARÁN NUESTROS MÉDICOS CON OVEJAS CLONADAS?

Miguel García Ribes e Ismael Ejarque Doménech

Hospital La Fe. Valencia.

**Introducción.** El desarrollo de la biología molecular ha provocado un aumento de pacientes y familias que acuden a su médico en busca de asesoramiento genético. La escasez de especialistas en genética para encargarse de esta demanda plantea la necesidad de formar a los médicos de Atención Primaria (AP) en habilidades relacionadas con el consejo genético.

**Metodología.** Mediante una encuesta valoramos el grado de conocimiento existente al respecto entre una muestra de médicos extraída de los equipos de AP de nuestra área de salud. Incluimos la frecuencia y el motivo de las consultas sobre asesoramiento genético, grado de formación de los profesionales, y sus relaciones con los servicios de genética hospitalarios.

**Resultados.** El 93% refieren haber sido consultados en alguna ocasión sobre temas de asesoramiento genético como diagnóstico postconcepcional (30%) o pruebas de *screening* de enfermedades de transmisión genética (27%). Si bien el 78% de los médicos coinciden en la escasez de formación en este campo, solo un 9% refiere mantener contactos con servicios de genética hospitalarios.

**Conclusiones.** Las consultas relacionadas con el consejo genético son habituales en la AP. Los conocimientos en este campo de los médicos de Primaria son escasos. Es necesario diseñar conjuntamente con los servicios de genética programas de formación y protocolos sobre asesoramiento genético para médicos de Primaria.

**Palabras clave:** consejo genético, formación, Atención Primaria.

#### 418. DERIVANDO QUE ES GERUNDIO: VICIOS COMUNES EN LA URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Miguel García Ribes, María Andrés Gómez<sup>a</sup>,  
Carmen Magdalena Fernández<sup>b</sup>, Jesús Esteban Pellón<sup>c</sup>,  
Ana Charlot Fernández<sup>c</sup> y Nuria San Miguel Martín<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>b</sup>Servicio de Urgencias. Centro de Salud Pisueña-Cayón. Sarón.

<sup>c</sup>Servicio de Urgencias. Centro de Salud Cotolino. Castro Urdiales.

**Objetivos.** Valorar la eficacia de un servicio de urgencias de Atención Primaria (SUAP) en lo que respecta a la derivación hospitalaria de los pacientes que acuden con un cuadro de dolor abdominal.

**Metodología.** Durante 3 meses, se recogió la sospecha diagnóstica de todos los pacientes con dolor abdominal que acudieron al SUAP, en virtud a la cual se valoró la necesidad de derivarlo o no, así como el modo de traslado. Posteriormente, se contactó telefónicamente con los pacientes para conocer el diagnóstico final.

**Resultados.** Se derivaron el 40% de los cuadros de dolor abdominal, siendo justificado por el diagnóstico final en el 60%. Sólo el 5% fueron derivados a su domicilio o médico de cabecera requiriendo un posterior traslado a centro hospitalario.

**Conclusiones.** Existe una sobrederivación hacia los servicios de urgencia hospitalarios en lo que a los pacientes con dolor abdominal respecta en nuestro SUAP. Por otra parte, la gran mayoría de los pacientes con dolor abdominal que requieren valoración en los servicios de urgencias hospitalarios son derivados. No existe diferencia en lo que al método de transporte del paciente hasta el hospital respecta y la justificación de la derivación salvo en el caso de los pacientes derivados en UVI móvil, en los cuales el traslado siempre ha estado justificado.

**Palabras clave:** satisfacción del paciente, servicios médicos de urgencias, Atención Primaria.

#### 419. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CITOLOGÍAS REALIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD LEVANTE SUR DE CÓRDOBA

Rafael Vallejo Rodríguez, Matilde Paredes Cumbre,  
Manuela Delgado, Antonio Varo, Carmen Balmon  
y Antonio León Dugo

El programa de prevención del cáncer de cérvix abarca a mujeres entre 16 y 65 años, sin embargo, el estudio introduce a mujeres de otras edades, algunas de 15 años y otras de más de 70, hasta alguna de 88 años, obediendo a la demanda del centro. El análisis abarca desde que se inició el programa en el año 2004 hasta mayo del 2006 registrando 787 mujeres. Iremos añadiendo a medida que se vayan haciendo más citologías. Sin embargo, como es lógico, el mayor número de mujeres analizadas se encuentran entre 16 y 65 años. Hemos dividido en tramos de edad de entre 16 y 25 años, 36 y 45 años, es decir por décadas.

El mayor número de citologías se han realizado en el segundo tramo (26-35 años) -225-, a continuación el tercero -156-, después el primero -136- y con el cuarto (56-65) -127- va decreciendo con la edad. Las alteraciones celulares: CIN I de Bajo grado (3) y CIN III de Alto grado (2) las hemos encontrado entre 26 y 35 años. CIN I de Bajo grado (3) entre 46 y 55 años. Y CIN I de bajo grado (2) CIN II de alto riesgo entre 56 y 65 años.

En el diagnóstico microbiológico, el bacilo de Doderlein se encuentra en mujeres predominantemente hasta los 55 años, en esa edad empieza a decrecer su presencia al mismo tiempo que aumenta la ausencia de gérmenes y la atrofia hormonal.

De entre 16 y 45 años es donde hemos encontrado el mayor número de infecciones ya sea por *Gardnerella*, hongos, flora cocácea y en menor medida tricomonas.

#### 420. ¿LA HISTORIA CLÍNICA EN PRIMARIA DEBE CONTENER NUEVA INFORMACIÓN? OPINIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

Jaime López de La Iglesia<sup>a</sup>, Ana Belén Vega López<sup>b</sup>,  
Ana M. Rodríguez Pacios<sup>a</sup>, Susana Fernández Cordero<sup>c</sup>  
y Julia Martín de La Fuente<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud La Condesa. León. <sup>b</sup>Centro de Salud de Cistierna. León. <sup>c</sup>Complejo Hospitalario de León.

**Objetivos.** Conocer la opinión de médicos y enfermeros de Atención Primaria respecto a que las historias clínicas reflejen: el deseo o el no deseo del paciente de ser informado en caso de padecer una enfermedad irreversible. El deseo del paciente de que llegado ese caso, se informe o no se informe a sus allegados. La actitud del paciente hacia la donación de órganos.

**Metodología.** Estudio transversal. Selección aleatoria de 160 médicos y enfermeros de un área de salud. Cuestionario anónimo con preguntas cerradas y abiertas. Variables: edad, sexo, creencias religiosas, profesión, lugar de trabajo (urbano, rural). Análisis cuali-cuantitativo. Paquete estadístico SPSS. Comparación de proporciones con  $\chi^2$ .

**Resultados.** Contestan 117 (cuatro anuladas). Encuestas totales 113 (70,6%). Mujeres 68,6%. Médicos 62,8%. Opinan que la historia clínica debe reflejar el deseo o no del paciente de: 1) conocer su diagnóstico de enfermedad irreversible el 85,8%, 2) de informar o no a sus familiares de este hecho el 80,5%. EL 61,9% opina que la historia recoja la actitud del paciente ante la donación. Analizando cualitativamente los datos, los encuestados aluden especialmente al derecho del paciente y al beneficio para el médico en la toma de decisiones. También a promocionar la donación al preguntar sobre ella. Algunos opinan que si la familia conociera la opinión del fallecido sobre la donación, disminuirían las negativas familiares.

**Conclusiones.** La mayoría del personal sanitario encuestado opina que las historias deben reflejar estas cuestiones. La importancia aumenta con la universalización informática, al compartir historias centros de salud-hospital.

**Palabras clave:** bioética, historia clínica, enfermedad irreversible, promoción donación de órganos.

#### 421. CARACTERÍSTICAS DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS, QUE ATENDÍ DURANTE UN AÑO

Sergio Guerra Mier

Médico de Familia. Centro de Salud Cotolino. Castro Urdiales, Cantabria.

**Objetivo.** Conocer las características de las prescripciones realizadas, en pacientes desplazados. Año 2004.

**Metodología.** Estudio de observación descriptivo y transversal realizado con carácter prospectivo. Las variables estudiadas son: persona, edad y sexo. Procedencia: España, Comunidades Autónomas y otros. Asistencia: lugar (consulta, domicilio). Tipo de consulta: administrativa, demanda o urgente. Prescripción: Carácter consulta (pensionista, activo), número de recetas (pensionista o activo), inducidas o propias, genéricos y precio medicamentos.

**Resultados.** Atendí a 437 personas en verano. El 63% mayor de 65 años, 36% entre 15 y 64 y 1% menor de 15. 66% mujeres y 44% hombres. 96% españoles, el 4% de la Unión Europea. Una persona de Brasil. El 78% del País Vasco, de Vizcaya 98%, Bilbao y municipios de la margen izquierda de la ría. 98% atendidos en consulta y 2% a domicilio. 57% de consultas fueron administrativas, 40% a demanda y 3% urgentes. 80% pensionistas y 20% activos. Recetas extendidas 1013: 893 pensionistas 140 generales. 82% prescripción inducida 18% propia. Uso medicamentos genéricos: 76% propia y 24% inducida. Gasto total generado fue 13.467,65 €: 11.632,36 inducidos y 1.751,92 propios.

**Conclusiones.** Mejoraremos el coste de la prescripción usando medicamentos genéricos en la prescripción inducida y usando informes de largo tratamiento.

**Palabras clave:** desplazados, gastos, procedencia, prescripción inducida.

#### 422. PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN POBLACIÓN HIPERTENSA EN EL CENTRO DE SALUD ARONA COSTA II. TENERIFE

Carmen María Afonso Navarro<sup>a</sup>, Francisco Díaz Páquez<sup>a</sup>, José Gabriel Duque Hernández<sup>b</sup>, Jorge Santiago Bethencourt Marante<sup>a</sup>, Vicente Ferrer Barrera Torres<sup>a</sup> y Luis Manuel González García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Arona Costa II. Tenerife. <sup>b</sup>Dr. Guigou. Tenerife.

**Objetivo.** Conocer la prevalencia del síndrome metabólico (SM) en la población hipertensa de nuestra zona de salud, y los factores de riesgo más frecuentes, asociados en aquellos pacientes con síndrome metabólico.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal, de una muestra de hipertensos elegida por muestreo aleatorio sistemático (nivel de confianza de 0,95, error admitido  $\pm$  0,05). A los 152 hipertensos seleccionados (58% mujeres), con edad media de 59 años, se los encuestó entre el 1 de agosto y 31 de enero de 2006, aprovechando una visita a nuestras consultas. Los criterios diagnósticos de SM elegidos fueron los del NCEP (ATP III, 2002). El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS.

**Resultados.** La prevalencia del SM de nuestros hipertensos fue del 66,4% (mujeres: 42,5%; hombres: 28,1%,  $p < 0,01$ ). La mayor prevalencia del SM en las mujeres, es a expensas de la obesidad abdominal (51,6%), diabetes (26,8%), y con edades entre 65 y 74 años de edad ( $p < 0,01$ ). Los criterios más frecuentemente unidos a la hipertensión, fueron diabetes junto a obesidad abdominal (24,7%). Los pacientes con la totalidad de criterios de SM, fue del 13,8%.

**Conclusiones.** La alta prevalencia de SM en nuestros hipertensos, sobre todo en las mujeres, nos obligaría a intensificar la intervención que estamos realizando. La medida del perímetro abdominal debería ser exploración rutinaria en nuestras consultas. Deberíamos reflexionar sobre el hecho de que 2/3 de nuestros hipertensos presentan criterios de síndrome metabólico.

**Palabras clave:** síndrome metabólico, hipertensión, prevalencia.

#### 423. ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PARA LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS

Eunate Arana Arri, Iñaki Gutiérrez Ibarluzea<sup>a</sup>, María Luisa Gutiérrez Ibarzabal<sup>b</sup>, Ángel Sánchez Mata<sup>c</sup>, Ana Isabel Giménez Robredo<sup>c</sup> y Pedro Ortueta Chamorro<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Osteba-Gobierno Vasco. <sup>b</sup>Departamento de Sanidad-GV. <sup>c</sup>Comarca Uribe-Osakidetza.

**Objetivo.** Conocer el grado de adecuación de los tratamientos para la osteoporosis instaurados en mujeres postmenopáusicas y determinar la variabilidad entre las diferentes especialidades médicas.

**Material y métodos.** Estudio transversal. Comarca de atención primaria con una cobertura poblacional de 201.311 habitantes. Mujeres en tratamiento para la osteoporosis. Se estimó una muestra de 323 mujeres para una precisión del 5% y un error alfa del 0,05; incluyendo finalmente tras muestreo aleatorio por conglomerados 332 mujeres. Se realizaron dos encuestas, una a las mujeres con ayuda de personal de enfermería entrenado y otra a los médicos de familia asignados a cada paciente, para cotejar los datos consignados en la historia. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS12.0.

**Resultados.** Las mujeres analizadas tenían una media de edad de 65,3  $\pm$  9,6 años (Rango: 45-91) y edad de menopausia de 46,9  $\pm$  6,0 años. El 65,9% de los tratamientos eran instaurados inicialmente por traumatología o ginecología. Tan sólo el 60,2% de los tratamientos estaban instaurados sobre prueba diagnóstica. El 40,9% de las mujeres con prueba diagnóstica realizada estaban inadecuadamente tratadas. Actualmente los tratamientos más instaurados son los bifosfonatos  $\pm$  calcio/vitamina D (59%), en contraposición a los tratamientos recibidos previamente, en los que predominaban las calcitoninas  $\pm$  calcio/ vitamina (51,4%). Las diferencias entre las distintas especialidades médicas (medicina de familia, ginecología, traumatología, reumatología, otras) respecto a la adecuación de los tratamientos eran estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** La prescripción de tratamientos para la osteoporosis en gran medida no está sustentada en pruebas diagnósticas y se contrapone a los estudios de evidencia publicados recientemente.

**Palabras clave:** osteoporosis, tratamiento, prescripción adecuada.

#### 427. ¿ESTÁN CONTENTOS NUESTROS PACIENTES CON EL SERVICIO QUE PRESTAMOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Marta Herranz Fernández, José Manuel Carmona Segado<sup>a</sup>, Montse Tomás Lachos<sup>b</sup>, Mari Carmen Martí Martínez<sup>b</sup>, Miquel Vicens Fernández<sup>b</sup> y Sebastián Calero García<sup>b</sup>

<sup>a</sup>ABS Castellar del Vallés. <sup>b</sup>ABS Santa Perpetua de La Mogola.

**Objetivo.** Estudio poblacional que evalúa la satisfacción de los usuarios con la atención sanitaria que reciben.

**Metodología.** Análisis de 110 encuestas de satisfacción rellenas por pacientes que acuden al centro entre marzo y abril del 2006. Análisis de aspectos organizativos, satisfacción con el médico, enfermería y admisiones junto a variables como sexo, edad, nivel de estudios.

**Resultados.** Edad media encuestados: 47 años. 60% mujeres. Un 88-94% consideran correctas las explicaciones del médico sobre su caso y la amabilidad de éste en su trabajo. Un 11% no considera apropiado el tiempo que el médico le dedica en la visita. Un 63% desearían recibir más información de su enfermedad. Un 74-88% consideran adecuada la disposición que tiene

enfermería para atenderlos, la frecuencia con que acuden a sus consultas y la amabilidad de éstas con ellos. Un 55% considera que no existe puntualidad para entrar en consulta de enfermería. Un 87% considera que tardan demasiado en coger el teléfono cuando solicitan hora. El 60-77% reconocen no gozar de facilidades para que les visiten cuando les va bien y que no existe puntualidad en la hora asignada y la visita. El 83% reconocen trato amable por admisiones. El 64% considera que recibe una buena atención cuando va al CAP de urgencia.

**Conclusiones.** Nuestros pacientes están contentos con la atención que reciben. Con la organización, la mayor parte no están satisfechos pero si consideran que reciben atención adecuada cuando vienen de urgencia. Un 69% si pudieran escoger seguirían siendo visitados en nuestro CAP.

**Palabras clave:** satisfacción, organización.

#### 428. ¿CÓMO SE GESTIONA LA INCAPACIDAD LABORAL (IT)?

José Antonio Noya Mejuto, Antonio Fernández Fernández<sup>a</sup>, Mario E. González Puente<sup>a</sup>, Miguel Ramos Rodríguez<sup>a</sup> y Jesús Melchor Delgado González<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Gerencia AP. Área VIII de Asturias. GESPA.

<sup>b</sup>CS. de Arriondas, Área VI de Asturias. SESPA.

**Introducción.** La IT significa un importante consumo de recursos que gestiona, en el caso de la contingencia común, el médico de familia. Nos preguntamos de qué depende el buen uso de esos recursos.

**Metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico: 7 centros de salud, 48 cupos de medicina de familia, 5 años de observación (1999-2004). Se determina el porcentaje de bajas (porcentaje de población activa de baja en promedio los cinco años por cupo) y se determina la relación con el índice de bajas (las IT /mes/activos que se reconocen en cada cupo), la duración de las bajas (tiempo promedio de las IT por cupo en los cinco años) y variables demográficas incluido el tamaño de los cupos.

**Resultados.** En la tabla 1 se reflejan los valores de las principales variables. En la tabla 2 se reflejan las relaciones significativas entre el porcentaje de bajas y las variables estudiadas.

**Discusión.** El porcentaje de bajas (el determinante del gasto) es similar o incluso más bajo en nuestro estudio que en otros ya publicados. El modelo calculado por regresión múltiple presenta un alto coeficiente de determinación lo que unido a los coeficientes estandarizados nos da tres posibles campos de actuación para la mejora: racionalizar la prescripción de IT (ajusta el índice de bajas), ajustar la duración de las bajas (no siempre dependiente de Atención Primaria: pruebas complementarias, interconsultas, etc.) y ajustar el tamaño de los cupos, principal determinante del porcentaje de bajas: a mayor cupo, mayor porcentaje, mayor gasto.

**Palabras clave:** incapacidad temporal, gestión, cupo.

Tabla 1. Variables más importantes del estudio

	Media	Mediana	EE de la media	Desviación Típica
Porcentaje	3,46	3,49	0,08	0,61
Duración	50,38	2,30	0,07	0,48
Índice	2,31	2,30	0,07	0,48
Cupo	1.416.14	1.522	66,84	428,58

Tabla 2. Variables significativamente relacionadas con el porcentaje de bajas en un modelo de regresión múltiple ( $\chi^2$ : 70.23)

Variable	Coficiente de determinación estandarizado	IC 95% coeficiente de determinación estandarizado
Cupo	4,39	(0,0048-9,90)
Índice de bajas	2,32	(1,5974-3,055)
Duración bajas	2,26	(1,390-3,022)

#### 429. UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE MOTIVACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD

Ana M.<sup>a</sup> Retamero Fernández, Jorge Soler González, Maite Sirvent, M.<sup>a</sup> Marsol Más, Rosa Segura Aresté y M.<sup>a</sup> del Mar Peña Ocaña

CS. Rambla de Ferrán.

**Objetivos.** En los últimos tiempos organizar el trabajo en un centro de primaria es cada vez más complejo. Han aparecido muchos factores y se ha aumentado la cartera de servicios. Para mejorar nuestra eficiencia y grado de resolución nos planteamos nuevos métodos de intervención grupal para mejorar todo el centro a nivel multidisciplinar. Para ello creamos un espacio de libertad capaz de abrir la reflexión, la discusión, y en definitiva orientar nuestra tarea asistencial.

**Metodología y resultados.** Implementamos un esquema de trabajo estructurado de la situación actual y el camino al que hemos de ir. Posteriormente paramos nuestra actividad habitual cerrando agendas y cubriendo las urgencias con sustitutos. Nos juntamos todo el equipo al completo para trazar el sendero que nos lleva de un sitio a otro, identificando la estrategia de trabajo individual y grupal. También realizamos la implicación necesaria para cada colectivo profesional. Inicialmente nos dividimos por grupos para priorizar temas y detectar problemas cruciales rellenando los formularios de trabajo. Posteriormente pusimos el trabajo en común para finalmente consensuar las fórmulas de mejora y resolución. Detectamos los problemas considerados prioritarios y encontramos buenas fórmulas para su solución, que al estar bien discutidas por todos los profesionales implicados fueron aceptadas y llevadas a cabo con buena aceptación.

**Conclusiones.** Hemos encontrado una buena fórmula de intervención para mejorar la organización de un centro de Atención Primaria, creando un marco innovador que permite dar respuesta a los problemas nuevos con eficiencia.

**Palabras clave:** motivación, Atención Primaria, organización.

#### 430. TRATAMIENTO CON ACENOCUMAROL EN UN CENTRO DE SALUD DE TUDELA (NAVARRA)

Sara Magaña Orta, Rosa María Pérez Beriain, Margarita Orte Pascual, Diana Romero Abad y Eugenia Palanca Gracia

CS. Tudela Este.

**Introducción.** Los anticoagulantes orales son fármacos que se utilizan en cualquier evento que conlleve riesgo de trombosis y embolia. El más empleado es el acenocumarol, que puede favorecer la aparición de hemorragias potencialmente graves, y por ello es necesario realizar un control clínico y analítico para verificar que el efecto anticoagulante sea el correcto. El nivel te-

rapéutico que se recomienda de INR capilar en la mayoría de los casos es entre 2 y 3. Las complicaciones más frecuentes son las derivadas de la propia anticoagulación. La incidencia de hemorragia está en 5-30%, siendo ésta la complicación más frecuente. Es más probable cuando el INR está por encima de 5.

**Material y métodos.** Para este trabajo se consideraron los pacientes tratados con acenocumarol controlados en un centro de salud de Tudela siendo un total de 280. Se identificaron los pacientes que habían tenido alguna complicación entre el 01/01 y el 31/12 de 2005. En estos pacientes se obtuvieron los siguientes datos: edad, sexo, motivo de anticoagulación, tipo de complicación, posibles factores desencadenantes, INR en el momento del episodio y tratamiento efectuado.

**Resultados.** De los 280 pacientes que durante el año 2005 estaban en tratamiento con acenocumarol, presentaron algún tipo de complicación 30 pacientes (10,71%).

Encontramos 7 pacientes con INR alterado sin afectación clínica (2,5%), 5 pacientes con hemorragias por traumatismo (1,78%), 4 pacientes con epistaxis anterior (1,42%), 3 con hemorragia digestiva (1,07%), 3 con hematuria macroscópica (1,07%), 2 con hemoptisis (0,71%), 2 con hemorragia subconjuntival (0,71%), 1 hemorragia subaracnoidea (0,36%) y 1 hematoma de recto anterior (0,36%). También hubo 2 episodios de enfermedad tromboembólica como consecuencia de abandono de tratamiento.

**Conclusiones.** En el 10,71% de los pacientes tratados con acenocumarol encontramos complicaciones de algún tipo, sobre todo en relación con el estado de hipocoagulabilidad, siendo en 5 pacientes (1,78%) complicaciones graves (hemorragia subaracnoidea, hemorragia digestiva y hemoptisis masiva) que precisaron ingreso y tratamiento hospitalario. Los pacientes controlados de forma ambulatoria con INR capilar, presentan un porcentaje de complicaciones no muy elevado, aunque es preciso vigilar las situaciones de descompensación de una forma más estricta.

**Palabras clave:** acenocumarol, embolia, trombosis.

### 433. PREVALENCIA DE USO DE LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA (THS) EN UN ÁREA SANITARIA

Jesús Melchor Delgado González, José Antonio Noya Mejuto, Antonio Fernández Fernández, Jesús T. Matos Marcos, Mario E. González Puente y Susana Fernández Uribe

Hospital Álvarez Buylla. Asturias. SESPA.

**Introducción.** Considerando las últimas evidencias se espera que la proporción de mujeres entre 46 y 55 años con THS esté por debajo del 5%. Queremos conocer si cumplimos con dicho objetivo en nuestra Área Sanitaria.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Población a estudio: 6.366 mujeres. 7 centros de salud. Tamaño muestral ( $p$ : 3%,  $\alpha$ : 0,05,  $\epsilon$ : 2%): 268; muestreo: aleatorio por conglomerados (fase uno: por zonas básicas de familia, fase dos: individual). Se recoge uso actual y tipo. Se recogen para posterior definición del perfil de mujer que recibe THS variables socio-demográficas, de comorbilidad y del ámbito de la prescripción.

**Resultados.** Sólo 3 mujeres permanecían con THS. La proporción es de 1,119% (IC 95%: 0,2-3,5). Otras 8 mujeres habían estado en THS en los últimos 5 años. De las que permanecían en tratamiento 2 recibían Tibolona y 1 terapia combinada mediante parches. No se realiza análisis multivariante por el poco uso detectado (grupo con tratamiento impide resultados consistentes en un modelo de regresión logística).

**Conclusiones.** Las cifras de prevalencia de tratamiento con THS en nuestra Área son satisfactorias mejorando incluso lo

habitualmente recogido en literatura médica. Las cifras han mejorado en los últimos 5 años. El tratamiento que persiste es fundamentalmente por razones sintomáticas. No se necesitan nuevas intervenciones. Es recomendable el monitorizar la situación en años sucesivos pudiendo aumentar el período entre monitorizaciones.

**Palabras clave:** terapia hormonal, mujer, menopausia.

### 443. PREVALENCIA DE EXCRECIÓN URINARIA DE ALBÚMINA ANORMAL CON ALTERACIÓN DEL METABOLISMO HIDROCARBONADO

María del Pilar Rodríguez Ledo<sup>a</sup>, Salvador Tranche<sup>b</sup>, Alberto Galgo<sup>c</sup>, Javier Mediavilla<sup>d</sup>, José Vicente Lozano<sup>e</sup> y Paula Vieitez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Seonane de Laurel. <sup>b</sup>Centro de Salud El Cristo. <sup>c</sup>Centro de Salud Espronceda. <sup>d</sup>Centro de Salud Pampliega. <sup>e</sup>Centro de Salud Serrería II. <sup>f</sup>Dpto. Científico BMS.

**Objetivos.** Describir prevalencia de excreción urinaria anormal (EUA+) en población hipertensa según grado de alteración del metabolismo hidrocarbonado (HC); Investigar su asociación con factores de riesgo y enfermedad cardiovascular (ECV).

**Metodología.** Estudio transversal, multicéntrico, realizado por 1.723 médicos de AP. Incluyó 7.625 pacientes hipertensos en 3 grupos: Glucemia ayunas normal (GAN) < 100 mg/dl ( $n = 1.459$ ), glucemia basal alterada (GBA): 100-125,9 mg/dl ( $n = 3.010$ ), DM2: glu > 126 mg/dl o tratamiento antidiabético ( $n = 3.156$ ). Se consideró EUA+: albúmina/creatinina 3,4 mg/mmol en primera orina de la mañana (Microalbuminix). Se calculó filtrado glomerular mediante fórmula MDRD.

**Resultados.** 48,1% hombres, edad [Media (DE)]: 63,4 (9,9) años, IMC: 29,7 (4,5) kg/m<sup>2</sup>, cintura: 100,1 (14,2) cm. PAS en los grupos GAN, GBA y DM2, respectivamente: 140,2 (14,2), 141,1 (13,3) y 142,1 (14,2) mmHg ( $p < 0,0001$ ), PAD: 82,3 (8,5), 82,9 (8,5), y 81,7 (8,6) mmHg ( $p < 0,0001$ ), y EUA+: 39,4%, 48,3% y 65,6% ( $p < 0,0001$ ), respectivamente en GAN, GBA y DM2, independientemente del control de la PA ( $\geq 140/90$  no diabéticos, 130/80 diabéticos). El riesgo de EUA+ fue 1,4 (IC 95%: 1,21-1,68) en GBA, y 2,9 (IC 95%: 2,48-3,41) veces superior en DM2 con respecto a GAN. El riesgo de ECV o renal asociadas se incrementó según la alteración HC (OR en GBA y DM2 con respecto a GAN para ECV: 1,2 y 2,8; OR enfermedad renal: 1,2 y 2,3). Asimismo, el riesgo de ECV aumentó por la presencia de EUA+ (OR ECV: 1,9, OR enfermedad renal: 3,7).

**Conclusiones.** En pacientes con HTA, la alteración del metabolismo HC se asocia con mayor EUA, aún en estadios precoces. La EUA+ se asocia con mayor riesgo CV en los pacientes HTA, incluso con la PA controlada.

**Palabras clave:** hipertensión, microalbuminuria, perímetro de cintura.

### 445. CONTROL DE DISLIPEMIA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

Virginia Martínez Rodríguez, Mónica Cañero Torrecillas, Jesús Ángel Martínez Lafuente, María Teresa Tomás Bertrán, Ernest Belmonte Castán y Jacint Altimiras Roset CAP Sant Llatzer.

**Objetivos.** Analizar el control lipídico de nuestros pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) según las recomendaciones 2004 de la American Diabetes Association (ADA).

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal, en una área básica urbana (36.000 habitantes), sobre una muestra de pacientes con DM2 estratificada por edad y sexo (N = 1.402, n = 256). Revisión de historias clínicas recogiendo: edad, sexo, tiempo de evolución de la DM2, antecedentes de episodios vasculares, diagnóstico de dislipemia, analíticas realizadas el último año y tratamiento.

**Resultados.** 54% (139) hombres, edad media 69 años (DE: 12,2), años de evolución de DM2 8,8 (IC95%: 7,8-9,6). Un 29% (75) tenían antecedentes de eventos vasculares (cardiovascular 15%, cerebrovascular 11%, vasculopatía periférica 9%). Un 78,5% (201) eran dislipémicos y sus valores medios de LDL-colesterol eran 123 (IC95%: 118,6-127,1), de HDL-colesterol 55 (IC95%: 52,3-57) y de triglicéridos 147 (IC95%: 136,9-156,7). El 49% (99) consumía hipolipemiantes: simvastatina 21% (42), atorvastatina 10% (20), fenofibrato 5% (10), lovastatina 4,5% (9), fluvastatina 4% (8), pravastatina 1,5% (5), gemfibrozilo 1,5% (3) y bezafibrato 1% (2). De los pacientes tratados, consiguieron un LDL-colesterol < 100 el 28% (28), un HDL-colesterol > 40 el 81% (83) y unos triglicéridos < 150 el 48,5% (48). Entre los no tratados, ningún paciente alcanzó un LDL-colesterol < 100. El hecho de haber presentado algún evento vascular se relacionó con la prescripción de hipolipemiantes y con alcanzar un LDL-colesterol < 100 (p < 0,001). La utilización de fármacos hipolipemiantes se relacionó con un mejor control de LDL-colesterol (p < 0,001) y de triglicéridos (p < 0,003).

**Conclusiones.** Se detecta un bajo cumplimiento del principal objetivo de la ADA respecto al perfil lipídico, aunque con valores poco alejados de los deseables. Los pacientes en tratamiento hipolipemiente y prevención secundaria obtienen mejores resultados.

**Palabras clave:** diabetes tipo 2, dislipemia.

#### 446. ANTIAGREGACIÓN EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO HICAP 2005

Juan Antonio Divisón Garrote<sup>a</sup>, Emilio Márquez Contreras<sup>b</sup>, Beatriz de Rivas Otero<sup>c</sup>, Manuel Luque Otero<sup>d</sup> y Eduardo Sobrevela Blanco<sup>e</sup>

<sup>a</sup>CS. Casas Ibáñez. Albacete. <sup>b</sup>CS. La Orden. Huelva. <sup>c</sup>Departamento Médico. AstraZéneca. <sup>d</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>e</sup>Mediclin-AstraZéneca.

**Objetivo.** Conocer el porcentaje de hipertensos bien controlados que estaban antiagregados siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología (SEH-SEC) 2003.

**Métodos.** Estudio transversal, multicéntrico, en el que mediante muestreo no probabilístico de selección de casos consecutivos cada investigador incluyó datos de 5 pacientes hipertensos que acudieron a consulta y que contaban con una analítica y un electrocardiograma realizado en los 6 meses previos. Se consideró que un paciente hipertenso bien controlado debía estar antiagregado cuando había sufrido un evento CV previo, era mayor de 50 años con un aumento en la creatinina sérica o un RCV alto o muy alto ( $\geq 20\%$  a los 10 años).

**Resultados.** 1.288 médicos incluyeron 6.375 hipertensos (65,28  $\pm$  11,13 años; 49,5% varones). Presentaban cifras de control de la PA, un 39,3% (PA < 140/90 mmHg) en la población general y un 10,5% (PA < 130/80 mmHg) en los diabéticos. Un 36,4% había sufrido un evento CV previo, un 89% eran mayores de 50 años, un 6,6% presentaba aumento de la creatinina y un 64,5% un RCV alto/muy alto. Siguiendo

las recomendaciones de la SEH-SEC 2003, 1.166 de los hipertensos controlados debían estar tratados con antiagregantes. Sin embargo, sólo el 53,9% de los pacientes estaban antiagregados.

**Conclusiones.** Casi la mitad de los pacientes hipertensos controlados no reciben tratamiento antiagregante a pesar de cumplir los criterios que proponen para ello las recomendaciones actuales.

**Palabras clave:** hipertensión, antiagregación.

#### 447. RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL, ESTIMADO Y CALCULADO, EN PACIENTES HIPERTENSOS. ESTUDIO HICAP 2005

Juan Antonio Divisón Garrote<sup>a</sup>, Beatriz de Rivas Otero<sup>b</sup>, Emilio Márquez Contreras<sup>c</sup>, Manuel Luque Otero<sup>d</sup>, Raúl Fernández González<sup>b</sup> y Eduardo Sobrevela Blanco<sup>e</sup>

<sup>a</sup>CS Casas Ibáñez. Albacete. <sup>b</sup>Departamento Médico. AstraZéneca. <sup>c</sup>CS La Orden. Huelva. <sup>d</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>e</sup>Mediclin-AstraZéneca.

**Objetivo.** Conocer si hay diferencias entre el riesgo cardiovascular (CV) global calculado según las tablas de las sociedades europeas de hipertensión y cardiología (SEH-SEC) del 2003 y el riesgo estimado por el médico de Atención Primaria (AP).

**Métodos.** Estudio transversal, multicéntrico, en el que mediante muestreo no probabilístico de selección de casos consecutivos cada investigador incluyó datos de 5 pacientes hipertensos que acudieron a consulta y que contaban con una analítica y un electrocardiograma realizado en los 6 meses previos. El riesgo CV calculado se hizo según la SEH-SEC y el riesgo estimado fue el que consideró el médico.

**Resultados.** Participaron 1.288 médicos que incluyeron 6.375 hipertensos con una media de edad de 65,28 DE: 11,13 años, un 49,5% eran varones. El 96,3% de los pacientes tenían  $\geq 2$  factores de RCV (diabetes un 34,7%). Afectación de órganos diana tenían un 22,3% de los hipertensos y enfermedad cardiovascular ya diagnosticada un 36,4% de los hipertensos. Según la SEH-SEC un 13,3% de los pacientes hipertensos presentaba un riesgo CV bajo, un 20,6% moderado, un 32,1% alto y un 32,4% muy alto. El riesgo estimado según el médico fue un 19,6%, un 41,11%, un 30% y 9,3% respectivamente. El grado de concordancia fue bajo (índice de Kappa ponderado: 0,25, p < 0,001).

**Conclusiones.** El grado de concordancia entre el riesgo CV estimado y el calculado es bajo, los médicos de AP tienden a infraestimar el riesgo de los pacientes. Sería de interés estratificar correctamente el riesgo de los pacientes hipertensos para tomar decisiones.

**Palabras clave:** riesgo cardiovascular, hipertensión.

#### 448. ESTUDIO DEL MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN ESPAÑA, ESTUDIO ARCADE

Juan Antonio Gómez Gerique<sup>a</sup>, Rosa Aristegui<sup>b</sup>, Beatriz Armada<sup>b</sup> y Xavier Masramón<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Biohealth Prevention. <sup>b</sup>Unidad Médica Pfizer. España. <sup>c</sup>European Biometrics Institute.

**Introducción.** En 1997 (Estudio JADE) se mostró que sólo el 14% de los pacientes dislipémicos presentaban buen control.

Por otra parte, solo un 10% de los médicos conocían las cifras ideales para sus pacientes.

**Objetivos.** Conocer los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más comúnmente asociados a la dislipemia en España. Describir los patrones de tratamiento habitual de los pacientes dislipémicos con o sin otras enfermedades asociadas. Calcular la proporción de pacientes controlados según los Objetivos Terapéuticos (OT) cardiovasculares.

**Material y métodos.** Participaron 2.753 investigadores de toda España, de Atención Especializada y Atención Primaria, que reclutaron 16.772 pacientes. Se recogió la información de pacientes con dislipemia, independientemente del motivo de consulta. Para el análisis de cumplimiento de objetivos se tuvieron en cuenta las recomendaciones adecuadas: (JNC VII 2003) ADA y ATP III.

**Resultados.** Los FRCV asociados a la dislipemia en población española fueron: edad (hombres > 45 y mujeres > 55) con un 76,3% e hipertensión con un 59,4%. El 38,4% de los dislipémicos, el 14,7% de los HTA y el 44,3% de los diabéticos, consiguieron los OT recomendados. 1.617 pacientes (34,0%) sobre 4.762 sin patologías concomitantes alcanzaron los OT para la dislipemia, así como un 37,6% de los pacientes con una de las dos enfermedades concomitantes presentes y el 45,4% de los que tenían las dos enfermedades. 3.621 pacientes (39,0%) de los 9.282 con hipertensión alcanzaron el OT de la dislipemia. Un total de 2.479 pacientes (46,1%) de los 5.378 con diabetes alcanzaron el OT de la dislipemia.

**Palabras clave:** guías clínicas, prevención cardiovascular, objetivos terapéuticos.

#### 451. EL PERÍMETRO DE CINTURA SE ASOCIA CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN HIPERTENSA CON SOBREPESO Y OBESIDAD. ESTUDIO FATH

Miguel Ángel Prieto Díaz<sup>a</sup>, Jorge Navarro Pérez<sup>b</sup>, Vivencio Barrios Alonso<sup>c</sup>, Pablo Gómez Fernández<sup>d</sup>, Olga González Albarrán<sup>c</sup> y Luis Miguel Ruilope Urioste<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Vallobín-Concinos. Oviedo. <sup>b</sup>Centro de Salud Salvador Pau. Valencia. <sup>c</sup>Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>d</sup>Hospital Jerez de La Frontera. <sup>e</sup>Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar la asociación entre perímetro de cintura y morbilidad cardiovascular en hipertensos (HTA) con sobrepeso (SP) y obesidad (OB).

**Métodos.** Estudio, multicéntrico, transversal, en HTA con IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> realizado en Atención Primaria.

**Resultados.** Se incluyeron 4.641 pacientes (edad:  $61,9 \pm 10,6$  años, 51,5% mujeres). IMC:  $32,0 \pm 4,8$  kg/m<sup>2</sup>; PC:  $107,5 \pm 12,7$  y  $102,5 \pm 13,6$  cm (hombres y mujeres); PA:  $145,8 \pm 17,8/85,3 \pm 10,6$  mmHg. 33% tenían diabetes, 52,4% dislipemia. 11% y 16% (SP y OB) presentaban hipertrofia ventricular izquierda, 10,2 y 11,3%, cardiopatía isquémica (CI), 5,6 y 8,7%, insuficiencia cardíaca (IC) respectivamente. La presencia de CI y de IC se asoció con el PC ( $p$  tend < 0,05). El riesgo de IC fue 1,6 (IC 95%: 1,28-2,03) veces superior en HTA OB que con SP.

**Conclusiones.** El PC es un indicador de morbilidad CV en HTA con IMC = 25 kg/m<sup>2</sup>.

**Palabras clave:** perímetro cintura, sobrepeso, obesidad, morbilidad cardiovascular.

#### 455. ESTUDIO PARA EVALUAR LA APLICABILIDAD CLÍNICA DEL BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE (BNP) EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA

José Luis Llisterri Caro<sup>a</sup>, Francisco Colado Pinés<sup>a</sup>, Alejandro Salanova Penalba<sup>a</sup>, María José Gimeno Tortajada<sup>a</sup>, Emilio López Torres<sup>a</sup> y Arancha Matali Gilarranz<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

<sup>b</sup>Departamento Médico Almirall. Barcelona.

**Objetivos.** Evaluar la validez predictiva de la determinación del Brain Natriuretic Peptide (BNP) en el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca (IC) por disfunción sistólica (DS) o diastólica (DD) en el ámbito de la atención primaria (AP).

**Metodología.** Estudio piloto, transversal, multicéntrico, simple ciego, de evaluación de funcionamiento de un producto sanitario para diagnóstico *in vitro* (R.D. 1662/2000, de 29 de septiembre). Participan facultativos de dos centros de salud urbanos que incluyen pacientes mayores de 17 años con sospecha de padecer IC (criterios de Framingham), seleccionados por muestreo consecutivo y que otorgan su consentimiento informado por escrito. A todos los pacientes se les realiza exploración clínica, analítica, ECG, Rx tórax, BNP (inmunoensayo de fluorescencia mediante el Triage<sup>®</sup> Meter) y ecocardiografía. Se utiliza como patrón oro la ecocardiografía y la prueba a validar es la concentración plasmática de BNP, utilizando como punto de corte valores > 100 pg/ml. La hipótesis de trabajo es valorar si la concentración plasmática de BNP elevado puede sustituir al ecocardiograma como marcador fiable en el diagnóstico de la IC. Se calculan los siguientes indicadores de validez: Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor predictivo positivo (Vp+) y Valor predictivo negativo (Vp-).

**Resultados.** Se han incluido 35 pacientes (82,4% mujeres), con edad media (DE) de 74,4 (8,6) años. Los principales signos/síntomas fueron la disnea de esfuerzo (97,1%), seguido de la cardiomegalia (74,3%) y de los edemas (51,4%). Los FRCV más prevalentes fueron la HTA (76,5%) y la dislipemia (70,6%). La HVI se observó en el 28,6% de los casos. Los valores medios de BNP fueron de 75,2 (74,9) pg/ml (rango 0,5-328). 9 pacientes presentaron valores de BNP > 100 pg/ml y 22 pacientes tuvieron IC por DD. No se obtuvo ningún caso de DS. Los parámetros calculados fueron de sensibilidad el 31,8% (IC 95%, 16,4-52,7), de especificidad el 84,6% (IC 95%, 57,8-95,7), de Valor Predictivo Positivo el 77,8% (IC 95%, 45,3-93,7) y de Valor Predictivo Negativo el 42,3% (IC 95%, 25,5-61,1).

**Conclusiones.** Los resultados preliminares del estudio PANAMA muestran que 6 de cada 10 pacientes con sospecha de IC en AP presentan alteraciones de la función diastólica en la ecocardiografía. No hemos encontrado ningún paciente con DS. En nuestra experiencia el BNP es mucho más específico que sensible para identificar IC, ello implica aceptar la existencia de muchos más falsos negativos que falsos positivos.

**Palabras clave:** insuficiencia cardíaca, BNP, Atención Primaria.

#### 456. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES SEGÚN EL LUGAR DE SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO

José Mancera Romero<sup>a</sup>, Francisca Paniagua Gómez<sup>a</sup>, José Luis Casals Sánchez<sup>b</sup>, Sergio Giménez Basallote<sup>a</sup>, Leovigildo Ginel Mendoza<sup>a</sup> y María Kuhn González<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga.

<sup>b</sup>CS. Las Lagunas. Fuengirola. Málaga.

**Objetivos.** Valorar las posibles diferencias entre las embarazadas dependiendo del nivel asistencial en el que se sigue el embarazo.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Mujeres de nuestra zona que parieron en el año 2005. Variables: demográficas, sociales, morbilidad y obstétricas. Medidas de frecuencia y de asociación.

**Resultados.** Durante el año 2005 obtuvimos información sobre 419 partos en mujeres adscritas a nuestro centro de salud. En 268 mujeres (63%) el embarazo se siguió en el centro, en 105 (25%) en el segundo nivel y en 46 (10%) en la medicina privada. La edad media del parto fue de 30,31 años. 75% casadas. El 24% vivían fuera de nuestra zona. El 28% de las mujeres y el 19% de las parejas tenían ocupaciones no manuales. El 20% de las mujeres y el 16% de las parejas tenían estudios universitarios. El 13% tenían algún tipo de seguro privado. Trabajaban el 63%. El 17% tenían algún tipo de morbilidad crónica. El 60% eran primíparas. La media de la semana de parto fue 38,6. El 25% de los partos fueron por cesárea. Había diferencias estadísticamente significativas en el estado civil ( $p = 0,003$ ), domicilio ( $p = 0,018$ ), ocupación de la pareja ( $p = 0,008$ ), nivel de estudio de la pareja ( $p = 0,05$ ) y en la morbilidad crónica ( $p = 0,001$ ).

**Conclusiones.** Elevado seguimiento del embarazo en Atención Primaria. Existen escasas diferencias entre las embarazadas sea cual sea el lugar de seguimiento del embarazo.

**Palabras clave:** embarazo, seguimiento.

#### 465. POLIMEDICACIÓN Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO EPOCA

Natividad Sancho Soriano<sup>a</sup>, M.J. Puchades Company<sup>b</sup>, Ángeles Puchades Chilet<sup>a</sup>, G. Gómez Ubeda<sup>c</sup>, Luis Estañ<sup>c</sup> y F.J. Morles-Olivas<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CAP Paiporta. <sup>b</sup>CAP Tavernes Blanques. <sup>c</sup>Departamento de Farmacología. U. Valencia.

La polimedición puede tener consecuencias sanitarias y sociales, incrementa el coste del tratamiento, facilita la aparición de reacciones adversas e interacciones y favorece el incumplimiento terapéutico.

**Objetivo.** Caracterizar la utilización de medicamentos en población que recibe 2 o más simultáneamente y valorar su cumplimiento terapéutico.

**Metodología.** Pacientes elegidos aleatoriamente en consulta de Atención Primaria (AP). Se registra medicación en historia clínica, en cartilla de largo tratamiento y mediante cuestionario semiestructurado, motivo y origen de la prescripción y duración del tratamiento. El cumplimiento se valoró mediante la prueba de Haynes y Sacket.

**Resultados.** 217 médicos incluyeron en el estudio de polimedición a 1.993 pacientes (edad 65,5 [12,9] años, 57% mujeres) que recibían 1.735 medicamentos (659 principios activos diferentes) con una media de 5,6 (2,7) (2-31; moda 4). El primer motivo de prescripción fue la hipertensión (1.947) y los principios activos más prescritos paracetamol (657), hidroclorotiazida (382), omeprazol (377) y AAS (347). En el estudio de cumplimiento participaron 219 médicos que incluyeron a 1.663 pacientes (56% mujeres), de ellos 856 (45,1%) eran no cumplidores (60% mujeres). Los principales motivos de incumplimiento fueron: olvido (69%), polimedición (57%) y dosis múltiples (42%). Los cumplidores recibían 5,0 (2,5) medicamentos y los no cumplidores 5,4 (2,3), diferencia estadísticamente significativa.

**Conclusión.** El número de medicamentos prescritos de forma simultánea a los pacientes atendidos en AP es elevado. En el cumplimiento, además del olvido, son determinantes la propia polimedición, probablemente ligada a la edad y a la complejidad de la pauta terapéutica, una causa que puede evitarse.

**Palabras clave:** polimedición.

#### 467. GESTIÓN DE RECURSOS SOCIO-SANITARIOS

Mercedes Liras García, Pilar Cazeneuve Usieto, Silvia Tenllado Pérez, Ángela Castellví Sampol y Adela Gejo Bartolomé

*Pades L'Hospitalet. Programa de Atención Domiciliaria Equipo de Soporte.*

**Introducción.** Los recursos socio-sanitarios basándose en la atención integral/multidisciplinar ofertan diferentes servicios para responder necesidades de pacientes frágiles/dependientes. Las cargas asistenciales generadas por: patología base y situación socio-familiar determinaran el recurso idóneo.

**Objetivos.** Analizar el proceso desde la demanda al ingreso mediante un instrumento validado.

**Metodología.** Estudio descriptivo-retrospectivo. Revisamos las demandas de ingreso socio-sanitarias 2003-2005. Población diana: paciente geriátrico/crónico, alta dependencia y/o trastornos conductuales asociados a demencia. Criterios inclusión: pacientes pluripatológicos, importante carga socio-sanitaria, gran dependencia. Criterios exclusión: Perfil residencial. En las valoraciones aplicamos un instrumento validado el 2000, consensuado para Área Costa Ponent. Contiene informes: médico, social y enfermero, cada uno puede representar hasta 1/3 de puntuación total. La puntuación resultante de cada informe no supera 100 puntos, estableciéndose una ponderación para cada uno del 33%. Basándose en la priorización de valoración en la puntuación final. Estas valoraciones se presentan a la CIMSS (Comisión Interdisciplinar Mixta Socio-Sanitaria) por el representante del nivel asistencial de procedencia, donde se determina el recurso socio-sanitario idóneo.

**Resultados.** Realizamos 206 valoraciones durante 2003-2005, 36,4% fueron larga estancia, 4,4% larga estancia psicogeriatrica, 34,5% ingresos temporales, 5,3% ingresos temporales psicogeriatricos, y 19,4% se derivaron a otras unidades.

**Conclusiones.** Utilizando un instrumento único y consensuado de valoración por parte de todos los equipos: da homogeneidad al perfil de las demandas, priorizando aquellos casos con mayores factores de riesgo; asigna a cada paciente el recurso más adecuado a sus necesidades; hay un único lenguaje entre los distintos niveles asistenciales favoreciendo el intercambio de información.

**Palabras clave:** gestión, recursos, socio-sanitarios.

#### 470. TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR: UN ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA

María Pilar Tejero López<sup>a</sup>, Ángeles Díaz Barros<sup>b</sup>, Ana Gómez Saldaña<sup>b</sup>, Manuel Medina Peralta<sup>b</sup> e Isabel Bagán Parra<sup>a</sup>

<sup>a</sup>ABS La Salut. <sup>b</sup>ABS Llefiá.

**Objetivo.** Analizar si el tratamiento antitrombótico aumenta la supervivencia de los pacientes con fibrilación auricular (FA).

**Metodología.** Estudio de cohortes retrospectivo en atención primaria. Población: todos los pacientes atendidos en una ABS urbana (35.000). Sujetos: todos los pacientes diagnosticados de FA fallecidos antes de enero de 2006. Fuente de datos: historia clínica informatizada (OMI-AP). Variables: edad, sexo, tratamiento antiagregante-anticoagulante (AA-AC), fecha de diagnóstico de FA, fecha de éxitus, factores de riesgo de embolismo en FA (HTA, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica). Análisis estadístico SPSS 8.0. Se realizó la prueba de supervivencia Kaplan-Meier, analizando los días transcurridos entre la fecha de diagnóstico de FA y la fecha del éxitus. Factor estudiado: si los pacientes recibían o no tratamiento antitrombótico. Para el estudio multivariado se aplicó la

Cox-regresión, las covariables fueron: sexo, edad, tratamiento, ictus y factores de riesgo de embolismo.

**Resultados.** Pacientes fallecidos: 96 de 423 diagnosticados de FA. Edad media  $82,6 \pm 9,4$ . EL 55,2% eran mujeres. 65% hipertensos, 41,7% con insuficiencia cardíaca, 33% diabéticos, 32,3% ictus y 25% cardiopatía isquémica. El 76% estaban tratados: 43,8% anticoagulados y 32,3% antiagregados. Tras el diagnóstico de FA la supervivencia de los pacientes fue: con tratamiento: media 1.155,3 días (IC: 897,20-1413,43); sin tratamiento: media 690,3 días (IC 438,79-941,99). Diferencias estadísticamente significativas,  $p = 0,021$ . En el modelo multivariado la única variable significativa fue si recibían o no tratamiento antiagregante-anticoagulante: OR 1,7 (IC: 1,07-2,8),  $p = 0,02$ .

**Conclusiones.** Uno de cada cuatro pacientes diagnosticados de FA fallecidos no recibía tratamiento antitrombótico. Los pacientes con fibrilación auricular antiagregados-anticoagulados viven más años que los que no lo están. Siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

**Palabras clave:** fibrilación auricular, anticoagulación, antiagregación.

#### 475. IMPACTO DE LA FORMACIÓN MÉDICA SOBRE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA (ESTUDIO "CLASICC")

José Luis Llisterri Caro<sup>a</sup>, Gustavo Rodríguez Roca<sup>b</sup>, Vivencio Barrios Alonso<sup>c</sup>, Francisco Javier Alonso Moreno<sup>d</sup>, Francisco Valls Roca<sup>e</sup> y Beatriz de Rivas Otero<sup>e</sup>

<sup>a</sup>CS. Joaquín Benlloch. Valencia. <sup>b</sup>CS. Puebla de Montalbán. Toledo. <sup>c</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Ramón y Cajal Madrid. <sup>d</sup>CS. Ocaña. Toledo. <sup>e</sup>CS. Beniganim. Valencia. <sup>f</sup>Departamento Médico. AstraZeneca Cardiovascular. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar la calidad asistencial prestada a los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) en Atención Primaria (AP) antes y después de recibir los médicos un programa de formación en esta enfermedad.

**Métodos.** Estudio piloto en el que participaron 16 médicos. Para valorar la calidad se utilizaron indicadores de calidad elaborados por un grupo de consenso.

**Resultados.** En el primer corte se incluyeron 105 pacientes ( $74,3 \pm 9,7$  años; 57,1% mujeres) y 44 ( $74,8 \pm 6,8$  años; 52,3% mujeres) en el segundo. Resultados de los indicadores evaluados (tabla).

**Conclusiones.** La formación parece mejorar los indicadores de diagnóstico de la ICC en AP, aunque se necesitan estudios con mayor número de médicos y pacientes para valorar el verdadero efecto de la formación sobre la calidad.

**Palabras clave:** insuficiencia cardíaca crónica, calidad asistencial, Atención Primaria.

#### 478. DOCTOR, ME HAN DICHO QUE ME VAN A OPERAR

Rosa E. Fornés Oliver, Núria Ferrer Medina<sup>a</sup>, Josep Xavier Esplugues Pellicer<sup>b</sup>, Ana Abad Gonsálbez<sup>c</sup> y Pedro López Sánchez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud de Benissa. Alicante. <sup>b</sup>Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. <sup>c</sup>Hospital Marina Alta. Dénia.

**Introducción.** El anuncio a un paciente de que va a ser sometido a cirugía suele generarle un estado de temor e inseguridad, que muchas veces expone en la consulta al médico de cabecera. Pero, además del apoyo informativo y psicológico, ¿podemos hacer algo más desde la consulta de Atención Primaria?

Las anemias ferropénicas son las más habituales en Atención Primaria, con una prevalencia de alrededor del 30%; por otro lado, la cifra de hemoglobina preoperatoria es el factor predictivo independiente más importante de ser transfundido.

**Objetivos.** Averiguar si la administración de hierro oral preoperatorio aumenta la hemoglobina postoperatoria y disminuye la transfusión perioperatoria.

**Material y métodos.** Estudio intervencionista de casos y controles sobre un total de 265 pacientes sometidos de forma programada a histerectomía, cirugía colorrectal o protésica (cadera y rodilla). Análisis de la asociación entre ferrotterapia y anemia postoperatoria y ferrotterapia y transfusión sanguínea.

**Resultados.** Un 13,2% de los pacientes llegan a la cirugía con anemia; un paciente con anemia tiene una probabilidad 9 veces superior de ser transfundido. La ferrotterapia preoperatoria aumenta el nivel de hemoglobina postoperatoria en pacientes ginecológicas, pero no influye de forma significativa en el porcentaje de transfusión.

**Conclusiones.** Un 13% de los pacientes presentan anemia, muchas veces ferropénica, antes de la cirugía. La administración de hierro oral preoperatorio desde la consulta de Atención Primaria puede mejorar el nivel de hemoglobina postoperatoria. Se necesitan estudios más amplios en colaboración con Atención Especializada para obtener conclusiones definitivas.

**Palabras clave:** anemia, ferrotterapia, cirugía programada.

#### 484. IMPACTO DE LA ENTRADA EN VIGOR DE LA NUEVA LEY DEL TABACO EN EL PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN

Ana Clara Cereijo Thomas, Alex Bassa Massana, Olga Domínguez Guillamón, Montse Andreu Miralles, Óscar Peral Alonso y Luisa Pérez Miras

CAP Vila Olímpica.

**Objetivos.** Evaluar si la entrada en vigor de la nueva ley anti-tabaco (LT) condiciona un incremento del número de visitas de

Indicador	Estándar (%)	Resultados 1º corte (IC95%)	Resultados 2º corte (IC95%)
Diagnóstico según crit. Framingham	90	76,1 (66,8-83,9)	97,7 (87,9-99,9)
Clasificación funcional NYHA	100	98,1 (93,2- 99,7)	88,6 (75,4- 96,2)
ECG inicial	100	93,3 (86,7-97,2)	100 (91,96-100)
Rx tórax inicial	100	90,4 (83,1-95,3)	93,1 (81,3-98,5)
Análítica adecuada	100	85,7 (77,5-91,7)	93,1 (81,3-98,5)
Ecocardiograma inicial	100	61,9 (51,9-71,2)	86,3 (72,6-94,8)
Tipo de disfunción ventricular	100	35,2 (26,1-45,1)	54,5 (38,8-69,6)
IECA en DS NYHA II-IV	100	9,2 (3,7-18)	9,6 (2-25,7)
BB en DS NYHA II-IV	100	7,8(2,9-16,4)	9,6 (2-25,7)
ARA II si intolerancia IECA	100	100 (15,8-100)	-
ARA II en DS tratados con IECA y sintomáticos	60	-	33,3 (0,8-90,5)
Control FC (50-80 lpm)	60	71,4 (61,7-79,8)	68,1(52,4-81,3)
Control PA (< 130/85)	70	33,3 (24,4-43,2)	18,1 (8,19-32,7)

deshabitación, y si los pacientes refieren influencia de ésta, en su intención de dejar de fumar.

**Metodología.** Estudio descriptivo comparativo. Comparación del número de primeras visitas realizadas en la consulta de tabaco, durante 2 periodos, el 1.º de noviembre 2004 a enero 2005, y 2.º de noviembre 2005 a enero 2006. Interrogamos a los pacientes del 2.º período, sobre que factores han influido en su decisión de dejar el tabaco.

**Resultados.** Durante el primer periodo se hicieron 73 primeras visitas, y en el segundo 110 (incremento del 150%). En el segundo periodo al 100% de los pacientes se les interrogó si les había influenciado alguno de los ítems: 1. precio del tabaco: influyó en 6 pacientes (5,4%), 2. efectos adversos para la salud que aparece en las cajetillas: 2 pacientes (1,8%), 3. próxima entrada en vigor de la LF: 1 paciente (0,9%), 4. ninguno de los anteriores: 101 pacientes (91,8%). De estos últimos, 99 (98%) adujeron la salud.

**Conclusiones.** Aunque la mayoría de fumadores atendidos niegan la influencia de las medidas de la administración para disminuir el tabaquismo, observamos un aumento del 150% en la demanda de visitas de deshabitación. Dado que el incremento del precio y la información sobre el efecto nocivo del tabaco ya estaban presentes en el 1.º período, atribuimos el aumento del número de visitas a la LF.

**Palabras clave:** deshabitación, tabaco, ley.

#### 485. LA OBESIDAD: ESE FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR OLVIDADO

Ana M.ª Ballesteros Pérez, Pilar Sánchez Toledo, Francisco Egio Rodríguez, Juan de Dios González Caballero y Ana Nuño Antón

CS. Los Dolores. Cartagena. Murcia.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de obesos. Clasificar el tipo de obesidad. Evaluar la eficacia del seguimiento-tratamiento instaurado en dichos pacientes.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Población-estudio = 281 (N) pacientes incluidos en el programa de obesidad. Población-muestral = 120 (n), mediante IC = 95%, p = 0,5%, e = 0,05%. Criterios exclusión: paciente que no quiere ser incluido en el programa; barrera idiomática; tratamiento en el servicio de dietética del hospital; < 1 mes de tratamiento, tratamiento psiquiátrico. Variables: edad, género, patologías, índice masa corporal (IMC), Tipo obesidad, pérdida peso, tratamiento-seguimiento. Los datos se han recogido de las historias clínicas y en hoja diseñada para el estudio. Análisis estadístico: descriptivo, prueba ji-cuadrado.

**Resultados.** Edad media: 53,07 (IC 95%, 50,1-56) años, 68,3% mujeres. En el 75,8% consta IMC (IMC medio: 36,7 (IC 95%; 35,4-37,9). 21,7% tienen obesidad mórbida. 94,2% de los pacientes consta antecedentes personales, en el 70% el tipo de ejercicio y dieta. El 70% de los pacientes tienen otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), con diferencias con respecto al paciente sin seguimiento (p = 0,028). En el 50% de los obesos hay un buen control de las visitas, con una media de 5,6 meses (IC 95%; 3,8-7,4). El paciente que realiza sus controles tiene reflejado correctamente el IMC (p = 0,01), tipo de ejercicio/dieta (p = 0,0001), controles de peso, tratamiento y educación para la salud (p = 0,0001) y es más mayor (p = 0,0001); resto sin diferencias significativas. Pérdida media de IMC: 2,69 (IC 95%: 1,91-3,47).

**Conclusiones.** Sólo la mitad de los obesos hacen un buen control. El personal sanitario no sigue adecuadamente al obeso, excepto si tienen otros FRCV. Adecuada pérdida de peso en el paciente con buen control por parte del personal sanitario.

**Palabras clave:** obesidad, Atención Primaria, seguimiento.

#### 493. PREVALENCIA DE LOS SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR EN ATENCIÓN PRIMARIA (PRELUTS)

Octavio Arango<sup>a</sup>, Antonio Alcaraz<sup>b</sup> y Juan Salvador López<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio Urología. Hospital del Mar. Barcelona. <sup>b</sup>Servicio de Urología y Trasplante Renal. Hospital Clinic I Provincial. Barcelona. <sup>c</sup>Saatchi Healthcare en Representación Grupo Preluts.

**Objetivo.** Evaluar la prevalencia y gravedad de síntomas del tracto urinario inferior en varones mayores de 50 años demandantes de asistencia médica en Atención Primaria por cualquier motivo.

**Metodología.** Estudio epidemiológico observacional, transversal en una muestra de 768 pacientes. Las variables principales de valoración fueron la puntuación obtenida en la escala internacional de sintomatología prostática (IPSS) y en la escala de función sexual DAN-PSS.

**Resultados.** La puntuación media IPSS fue de 14,3 puntos (DE 7,8; intervalo 0-35). El 20,6% padecía síntomas prostáticos leves (IPSS < 8), el 54% síntomas prostáticos moderados (IPSS: 8-19) y el 25,4% síntomas prostáticos graves (IPSS > 19). Se observó una mayor gravedad en la sintomatología prostática en función de la edad del paciente (p < 0,0001), diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata (HBP) (p < 0,0001), gravedad de la HBP (p < 0,0001), volumen prostático (p < 0,05), tacto rectal (p < 0,0001), antígeno prostático específico (PSA) (p < 0,0001) y función sexual DAN-PSS (p < 0,0001). El 67% de los pacientes participantes ya había sido diagnosticado previamente de HBP. Destacó un 48% de diagnósticos por el médico general. Un 45% recibía tratamiento con alfa-bloqueantes. Los alfa-bloqueantes mostraron menos efectos negativos sobre la función sexual.

**Conclusiones.** El estudio pone de manifiesto la gravedad de la STUI en pacientes > 50 años demandantes de asistencia médica en Atención Primaria. Destaca el creciente papel de MG en el diagnóstico y tratamiento de la STUI.

**Palabras clave:** HBP, prevalencia, IPSS, STUI.

#### 499. CONTROL DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE DM TRAS TRES AÑOS DE PUESTA EN MARCHA

Luis Ortiz de Saracho y Sueiro, Roberto Jover Rico, Ana Patricia Crespo Mateo, María Isabel Landete Manresa, Nieves Antón Tavera y Esperanza González Álvaro

Centro de Salud de San Blas. Departamento 19.

**Introducción.** El control de calidad forma parte esencial en el trabajo de los Servicios de Salud siendo la auditoría un instrumento útil y eficaz para la mejora y puesta en marcha de normas de calidad en los programas de Salud.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de la DM tipo II. Auditar nuestra actuación. Caracterizar a la población diabética de nuestro CS.

**Metodología.** Diseño: análisis descriptivo retrospectivo. Ambiente del estudio: CS Urbano San Blas, Zona Sur de Alicante. Sujetos: Datos de registro de las historias clínicas desde el 01-01-2003 al 01-01-2006 con datos de filiación, edad, sexo, patologías asociadas y curso clínico (seleccionamos de forma aleatoria 168 Historias Clínicas de un total de 661 entre 45-95 años). Mediciones e intervenciones: análisis por edad y sexo atendiendo a los parámetros de control habituales. Calculamos el grado de cumplimiento de cada intervención estableciendo

niveles de calidad (óptimo > 80%, aceptable entre 50 y 80%, deficiente < 50%).

**Resultados.** La determinación de HbA1C se realiza en un 82%. La presión arterial se explora de forma habitual en todos los pacientes consiguiendo unos niveles aceptables.

La exploración del F de O., el perfil lipídico y de MA se realiza a todos los pacientes.

El examen de los pies se realiza dentro de un nivel aceptable.

**Conclusiones.** Se lleva un buen control por parte del Médico y de la Enfermería. Hay que mejorar el nivel de control de la presión arterial (sólo el 62%). En el examen de pies debemos completar los cuatro apartados, piel, faneras, arterias y aspectos neurológicos. Solamente un 19% de los pacientes no tiene enfermedad asociada.

**Palabras clave:** diabetes mellitus, centro de salud, estudio descriptivo.

## 500. PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA AL ENFERMO INCAPACITADO

Luis Ortiz de Saracho y Sueiro, Roberto Jover Rico, Ana Patricia Crespo Mateos, María Isabel Landete Manresa, Esperanza González Álvaro y Antonio Góez Gras

*Centro de Salud d San Blas. Departamento 19.*

**Introducción.** El programa de AD está implantado en nuestro centro desde su inauguración (2003).

**Objetivos.** Analizar características fundamentales del paciente en AD. Describir la patología más prevalente. Valorar si es correcta la atención prestada.

**Metodología.** Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito del estudio: CS. Urbano S. Blas, Zona Sur. Alicante. Sujetos: 126 pacientes de un total de 2.088 en edades entre 65-95 años (6,03%). Intervenciones: Revisión de Historia Clínica. Variables: socio demográficas, tiempo de inclusión en el programa, nº de visitas domiciliarias durante un año (médico y enfermería), cuidador y morbilidad. Pruebas de valoración clínica: Valoración de la capacidad funcional (Barthel, Lawton y Tinetti), estado mental (Pffizer y Shulman) y estado nutricional (Detsky).

**Resultados.** Mujeres 74,8%, edad 77 ( $\pm$  12 a), Varones 25,2% ( $\pm$  11 a). La mediana del tiempo de inclusión en el programa ha sido de 23 meses. Visitas médicas: 7-8 año. Visitas enfermería: 9-11/ año. Sexo cuidador: 66,1% mujeres. Relación cuidador: hijos 40,9%; conyuge 23,6%. Emigrantes 20%. Sin cuidador 15%. Morbilidad: HTA (62,2%), POA (47,2%), DM (42,5%), AVC (23,6%), Demencia (22,8%), Cáncer (8%), Vaculopatías periféricas (4%). Patología asociada: Predominan HTA y AVC.

**Conclusiones.** En los dos tercios de los casos el cuidador es mujer y familiar de primer grado. Hemos tenido que realizar 48 intervenciones en el modo de actuar de los cuidadores. Las enfermedades más prevalentes han sido la HTA, AVC, POA, DM y demencia. Consideramos adecuada la proporción de visitas anuales.

**Palabras clave:** paciente incapacitado, centro de salud, estudio descriptivo transversal.